

# **MSH Medical School Hamburg**

Fakultät Humanwissenschaften

Am Kaiserkai 1 - 20457 Hamburg

## **Bachelorarbeit**

Studiengang:	Psychologie
Thema:	Ursachenforschung: Gibt es Gemeinsamkeiten in der Kindheit und Jugend von BIID-Betroffenen?
Nachname, Vorname:	Obernolte, Catharina
Matrikelnummer:	100201025
Datum:	16.08.2013
1. Gutachter:	Prof. Dr. Erich Kasten
2. Gutachter:	Prof. Dr. Dr. Thomas Schnell

## **Danksagung**

Mein Dank gilt den Freiwilligen, die an der Befragung teilgenommen und somit für die Existenz meiner Datengrundlage gesorgt haben. Ohne die Befragungsteilnehmer wäre die Untersuchung nicht möglich gewesen.

Besonderer Dank gilt Professor Dr. Erich Kasten, der mich zuverlässig betreut und wichtige Kontakte zu BIID-Betroffenen ermöglicht hat. Des Weiteren bedanke ich mich herzlich bei Monika und Richard, die sich mir als wichtige Kontaktpersonen zur Verfügung gestellt haben. Ihre Meinung und Anmerkungen zu dem erstellten Fragebogen haben wesentlich zu einer gelungenen Befragung beigetragen.

Nicht zuletzt danke ich meinen Eltern, durch deren generellen Beistand ich jede Schaffungskrise überwinden konnte.

*- lucundi sunt acti labores.- (Cicero)*

## **Abstract**

Auch, wenn man im Zusammenhang mit dem Phänomen *BIID (Body Integrity Identity Disorder)* von einem seit der Kindheit oder Jugend ausschlaggebenden Wunsch nach Versehrtheit ausgeht, der zumeist in Form einer schwerwiegenden körperlichen Behinderung (z. B. Amputation, Lähmung, Blindheit), vorliegt, wurden Kindheits- und Jugenderfahrungen per se noch nicht Gegenstand psychologischer BIID-Forschung. Deshalb richtet sich diese Ursachenforschung auf die Frage nach *Gemeinsamkeiten in der Kindheit und Jugend von BIID-Betroffenen*. Anhand der generierten Hypothesen wurden mögliche Unterschiede zwischen den nach Alter und Geschlecht parallelisierten Gruppen ( $N = 72$ ) (BIID-Betroffene vs. Kontrollpersonen) hinsichtlich folgender Merkmale untersucht: Qualität und Quantität psychischer/physischer Krankheits- bzw. Versehrtheitserfahrungen, Erfahrungen mit sekundärem Krankheitsgewinn, maladaptiven Erziehungsverhaltens (emotionale Vernachlässigung, Überprotektion) und eine generelle Bewunderung für Andersartigkeit. Die non-parametrische Datenauswertung erfolgte mit dem Auswertungsprogramm PASW Statistics 18. Insgesamt ergaben sich signifikante Unterschiede in spezifischen Kindheitserfahrungen, besonders im Hinblick auf die Quantität und emotionale Qualität der Erfahrungen mit Behinderung. Nachträglich erscheint es sinnvoll, Forschung auf die signifikanten Befunde aufzubauen. Bedürfnisaspekte wie „Anerkennung“ und „Aufmerksamkeit“ sollten in der Exploration kindheitsbezogener Erfahrungen fokussierter untersucht werden.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Theoretische Grundlagen der Hypothesengenerierung</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1 Tiefenpsychologische Perspektive auf die Entstehung psychischer Erkrankungen: psychoanalytisches Konfliktmodell</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2 Erklärungsansätze zur Genese von BIID - Die Rolle verschiedenen Aspekte in der Entstehung des mit BIID verbundenen Wunsches nach Behinderung</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2.1 BIID und die Relevanz zugrundeliegender Bedürfnisse</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2.2 Der Aspekt quantitativer und qualitativer Erfahrungen mit Versehrtheit (Krankheit und Behinderung)</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2.3 Der Aspekt des Sekundären Krankheitsgewinns</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2.4 Der Aspekt emotionaler Vernachlässigung, Überprotektion und subjektiver Lernerfahrungen</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2.5 Der Aspekt einer generellen Bewunderung von Andersartigkeit</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3 Graphische Darstellung zu den aufgeführten Einflussfaktoren auf die Entstehung von BIID bzw. dem damit verbundenen Wunsch nach Behinderung</b> .....	<b>19</b>
<b>2.4 Hypothesen</b> .....	<b>20</b>
<b>2.4.1 Übersicht über die untersuchte Hypothesen</b> .....	<b>20</b>
<b>3 Objektivität</b> .....	<b>21</b>
<b>4 Reliabilität</b> .....	<b>21</b>
<b>5 Sichtprobenbeschreibung</b> .....	<b>22</b>
<b>6 Untersuchungsdesign</b> .....	<b>25</b>

<b>7 Durchführung: Fragebogenkonstruktion und Datenanalyseverfahren .....</b>	<b>26</b>
<b>8 Ergebnisse: Hypothesengeleitete Datenauswertung und Ergebnisdarstellung der Items bzw. Item-Summenscores .....</b>	<b>27</b>
8.1 Hypothese 1 <sub>a</sub> .....	28
8.2 Hypothese 1 <sub>b</sub> .....	32
8.3 Hypothese 1 <sub>c</sub> .....	37
8.4 Hypothese 2 .....	46
8.5 Hypothese 3 <sub>a</sub> .....	50
8.6 Hypothese 3 <sub>b</sub> .....	53
8.7 Hypothese 4 .....	58
<b>9 Diskussion: Implikationen der hypothesenbezogenen Ergebnisse im Kontext der Forschungsfrage.....</b>	<b>60</b>
9.1 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese H1 <sub>a</sub> .....	61
9.2 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese H1 <sub>b</sub> .....	61
9.3 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese H1 <sub>c</sub> .....	62
9.4 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese H2.....	63
9.5 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese H3 <sub>a</sub> .....	64
9.6 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese H3 <sub>b</sub> .....	65
9.7 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese H4.....	66
9.8 Allgemeiner Diskurs zur Untersuchung.....	67
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>71</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>.....</b>
<b>Eigenständigkeitserklärung .....</b>	<b>.....</b>

## 1 Einleitung

BIID (Body Integrity Identity Disorder), auch Amputee Identity Disorder, Body Incongruence Disorder oder Xenomelia (xeno= fremd, melos= Bein) genannt, wird aus psychologischer Perspektive als eine Veränderung des Körperschemas beschrieben, von der man neben anderen Erklärungstheorien u.a. vermutet, ihr läge eine Störung in der kindlichen Entwicklung zugrunde. Das Störungsbild ist mit dem seit der Kindheit oder Jugend bestehenden Wunsch nach einer schwerwiegenden körperlichen Behinderung (z.B. Amputation, Lähmung, Blindheit) verbunden. Diese Veränderungen des Körperschemas äußern sich in einem manifesten Gefühl der Betroffenen, sich erst durch Erlangen der spezifischen Behinderung der inneren Identität entsprechend „vollständig“ zu fühlen. Neuste Forschungsergebnisse von Noll (2010) untermauern diese Theorie insofern, als dass ihre Studie ein hohes Ausmaß an Zufriedenheit abbildet, das Betroffene, die eine erfolgreiche Amputation durchführen lassen konnten, berichteten (Noll, 2010).

Wie diese Veränderung des Körperschemas zustande gekommen sein könnte, und ob BIID tatsächlich eine Störung der Entwicklung des Körperschemas zugrunde liegt, wird kontrovers diskutiert. Kasten und Spithaler (2009) sind der Ansicht, BIID setze sich aus drei Komponenten zusammen: einer psychischen Komponente, die aus dem Wunsch behindert zu sein besteht, einer neurologischen Komponente als minimale neurologische Schädigung und einer erotischen Komponente. Diese sei letztlich für ein Drittel der Befragten von höchster Relevanz, für ein Drittel sei die erotische Komponente nebensächlich und für denselben Anteil Befragter spielen solche Tendenzen gar keine Rolle (Kasten & Spithaler, 2009, S. 26).

Allgemein spricht für psychisch bedingte Ursachen von BIID die inkonsistente Datenlage von Untersuchungen zu neurologischen Komponenten. Aus neurologischer Perspektive wurden in einigen Untersuchungen z.B. in Dysfunktionen des rechten oberen

Parietallappens eine mögliche Ursache für die BIID-Symptomatik gesehen (Brang, McGeoch, Ramachandran, 2008; McGeoch, Brang, Song, Lee, Huang, Ramachandran, 2009). Solche Dysfunktionen können, wenn sie sehr schwere und großflächige Hirnschäden als Ursache haben, z.B. eine Neglect-Symptomatik, das Alien-Limb-Syndrom oder auch Asomatognosien verursachen, die dazu führen, dass manche Körperteile dem Bewusstsein unzugänglich gemacht und folglich, wie bei BIID-Betroffenen, als "fremd" und "nicht zum Körper zugehörig" empfunden werden. Die Tatsache, dass sich der Wunsch nach einer Behinderung zumeist auf das kontralaterale, linke Bein bezieht, wird von Vertretern der neurologischen Sichtweise als Beweis aufgeführt, dass es sich bei BIID um eine Dysfunktion des rechten Parietallappens handelt. Dagegen spricht jedoch, dass sich die Wahl des zu amputierenden Beines bei manchen Patienten von der einen auf die andere Seite verlagert und rationale Gründe für die Wahl des Beines aufgeführt werden, etwa das Autofahren. Der Amputationswunsch müsste sich jedoch, bei einem zugrundeliegenden, neurologischen Defekt, konstant auf dieselbe Gliedmaße beziehen. Außerdem spüren die Betroffenen immer eine sehr exakt festgelegte Linie, wo der Amputationsstumpf sein soll. Dieser entspricht jedoch eher der naiven Vorstellung eines Einbeinigen, nicht aber den sensorischen Bereichen der Spinalnerven, die sich spiralförmig um das Bein winden. Bei einer eindeutig neurologischen Störung müsste das nicht-zugehörig empfundene Körperteil ganz andere Hautbereiche betreffen.

Vor allem aber sprechen gegen neurologisch Defekte im Gehirn als Ursache für den Wunsch nach einer Behinderung, dass sich eine nachweisbare Hirnschädigung de facto nicht bei untersuchten Betroffenen nachweisen ließ. Hirnmorphologische Untersuchungen von McGeoch et al. (2009) konnten keine massiven Schädigungen nachweisen, wie sie z.B. bei einem Neglect vorliegen, wohl aber minimale Defizite im rechten Parietallappen (McGeoch et al., 2009, S. 4).

Wie einleitend bereits aufgeführt, trifft eine sexuelle Komponente nur auf *einen* Anteil BIID-Betroffener zu. Betroffene, die sich z.B. durch Arm- und Beinstümpfe sexuell erregt fühlen, zählen zu den sog. „Devotees“. In dieser Hinsicht zeigen sich Schnittstellen mit Störungen der Sexualpräferenz (ICD-Code: F65), hier der Akrotomophilie (oder auch Mancophilie, Amelotismus, Deformations-Fetischismus genannt). Der Begriff bezeichnet Menschen, die eine sexuelle Präferenz für Partner mit fehlenden Gliedmaßen haben. Anhand dessen, dass mancophile Menschen selbst nicht behindert sein möchten und eine erotische Komponente nur bei manchen BIID-Betroffenen eine wesentliche Rolle spielt, kann man eine Abgrenzung zwischen den beiden Störungsbildern vornehmen. Michael First (2005) sieht Ähnlichkeiten zu einer Störung der Geschlechtsidentität, dem Transsexualismus (Transidentität, „Gender Identity Disorder“) (First, 2005). Die Gemeinsamkeit zu BIID besteht darin, dass Betroffene beider Gruppen ihren gesamten Körper bzw. Teile ihres Körpers als nicht zu sich gehörig empfinden, wodurch Leidensdruck entsteht sowie der Wunsch, das tatsächliche Körperbild dem ersehnten Körperselbstbild anzugleichen. Hiergegen spricht jedoch das Argument, dass bei der Transidentität eine fehlerhafte hormonelle Prägung in einem frühen Entwicklungsstadium als ursächlich gilt. An eine solche Ursache in Bezug auf das „Fehlen einer Extremität“ ist nicht zu denken.

Aufgrund bislang herrschender Unklarheiten - diese bestehen auch bezüglich einer weitestgehend neutralen und adäquaten Begrifflichkeit - ist das Phänomen BIID noch nicht in den gängigen Diagnosesystemen (ICD-10, DSM-IV) klassifiziert, obgleich eine Klassifikation als z.B. Identitätsstörung angestrebt wird (Kasten, 2012). Der amerikanische Professor Michael First (2004) sieht Parallelen zur "Gender Identity Disorder" (Transidentität, Transsexualismus) (s.a. Nieder & Richter-Apelt, 2009). Kriterien zur vorläufigen Identifikation dieses Störungsbildes wurden bereits formuliert. Sie verweisen u.a. auf differenzialdiagnostische Abgrenzungen zu anderen Erkrankungen, wie der körperdysmorphen



Störung, dem Fetischismus, wahnhaften Störungen oder neurologisch bedingten Erkrankungen.

Tatsache ist, dass BIID mit menschlichem Leiden einhergeht, das, nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung nur beendet werden kann, wenn der spezifische Wunsch erfüllt werden kann (Noll, 2010). Welche Gefahr mit der Tatsache einhergeht, dass Menschen mit BIID überzeugt davon sind, nur durch das Nachkommen ihres Bestrebens, in Form von Amputation, Lähmung etc. psychisches Wohlbefinden und Zufriedenheit zu erlangen und, dass dies vorerst nicht legal geschehen kann, ist offensichtlich. Deshalb muss es umso mehr von fachlichem Interesse sein, andere, weniger konsequente Maßnahmen zu finden, die gleiche, positive Effekte erzielen würden.

Erkenntnisse zu Einflüssen, denen die BIID-Betroffenen in ihrer persönlichen Entwicklungsgeschichte ausgesetzt waren und die sich auf die Entstehung des Wunsches nach Behinderung auswirken könnten, würden die Wahrscheinlichkeit unterstützen, dass psychotherapeutische Interventionen etwas nützen und damit für eine psychosoziale Genese des Wunsches sprechen. Nicht zuletzt sollen Erkenntnisse, wie die zu den Ursachen von BIID, zum Verständnis dieses Phänomens beitragen, um die bestehenden Unklarheiten auszuräumen.

Die Tatsache, dass von den meisten Betroffenen angegeben wird, der für BIID charakteristische Wunsch nach z.B. einer Amputation habe bereits in der Kindheit oder Jugend bestanden und, dass retrospektiv Schlüsselerlebnisse mit behinderten Menschen geschildert wurden (Kasten, 2008, S. 16ff.), legt eine hypothesengeleitete Untersuchung dieser Lebenszeit nahe. Darüber hinaus existieren bislang noch keine vergleichbaren, sich spezifisch auf die Kindheit und Jugend beziehende Forschungsansätze die darauf abzielen, darin mögliche Ursachen für die Entstehung des Phänomens BIID zu detektieren.

Für meine Forschung nach Ursachen in der Kindheit und Jugend von BIID-Betroffenen, habe ich in diesem Rahmen die Frage nach

*Gemeinsamkeiten in der Kindheit und Jugend von BIID-Betroffenen* untersucht. Dazu habe ich Hypothesen aufgestellt, in denen Besonderheiten angenommen werden, durch die sich BIID-Betroffene möglicherweise systematisch von der gesunden Kontrollgruppe unterscheiden. In der Hypothesengenerierung wurden Aspekte wie die Qualität und Quantität psychischer/physischer Krankheits- bzw. Versehrtheitserfahrungen, sekundärer Krankheitsgewinn, maladaptives Erziehungsverhalten (emotionale Vernachlässigung, Überprotektion) und eine generelle Bewunderung für Andersartigkeit einbezogen.

Die erwarteten Besonderheiten in diesen Punkten könnten ein Hinweis auf mögliche Ursachen der Entstehung des Wunsches nach einer Behinderung bzw. der Entstehung von BIID sein und einen Ansatz für weiterführende Untersuchungen in Aussicht stellen.

Könnte man psychologische Phänomene aufdecken, auf denen die Erkrankung gründet, dann hätte man eventuell auch einen gezielten Ansatzpunkt für die Entwicklung neuer oder die störungsspezifische Anwendung altbewährter psychotherapeutischer Interventionsformen geschaffen. Im besten Fall würde Psychotherapie zukünftig eine effektive Alternative zum chirurgischen Eingriff darstellen, der bislang als die einzig hilfreiche, in Deutschland illegale und umstrittene, Maßnahme zu gelten scheint. Die Relevanz der Entwicklung psychotherapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von BIID wird für mich darin erkenntlich, dass manche Betroffene dann von einer Umsetzung der angestrebten Behinderung absehen würden, wenn sie stattdessen nicht mehr den Wunsch danach hätten, den sie selbst, anders als bei wahnhaften Menschen, als unnormal bezeichnen und zumindest rational nicht begründen können.

Die Idee dieser Arbeit beruht auf Angaben in der Literatur, aber auch auf Hinweisen von Seiten der Betroffenen selbst. Häufig wurde über Gemeinsamkeiten in der Entwicklungsgeschichte gemutmaßt. Diesbezüglich ergab es sich für mich, im Rahmen der 2. Internationalen

BIID-Konferenz in Zürich im März 2013, mit Betroffenen zu sprechen. Unter anderem schrieb ein Betroffener in einer E-Mail:

*Andererseits habe ich schon den Eindruck, dass unter den Menschen mit BIID bestimmte Probleme besonders verbreitet sind - die sich anscheinend in den üblichen Tests nicht so zeigen. Schlagende und trinkende Väter, überkontrollierende, überbehütende Mütter, Missbrauchsfälle, Perfektionismus; unterdrückte Homosexualität, ... oder ist das ohnehin der Normalfall? (Phil, 2013)*

Dieser Idee soll hier nachgegangen werden, um zu prüfen, ob es tatsächlich auslösende Familienkonstellationen oder typische Situationen in der Kindheit und Jugend gab, die bei der Entstehung von BIID eine Rolle gespielt haben.

Zur Prüfung meiner Annahmen habe ich einen hypothesengeleiteten Fragebogen mittels des online Programms *SoSci Survey*<sup>1</sup> erstellt. Dieser wurde an zwei Stichproben erhoben. Die Befragung hat ausschließlich online stattgefunden, indem ein Link zu dem entsprechenden Fragebogen weitergeleitet wurde. Teilweise konnten die Probanden den Link über einen Foreneintrag<sup>2</sup> erreichen, oder über persönliche E-Mail-Kontakte. Die erhaltenen Daten wurden anhand statistischer Verfahren und unter Zuhilfenahme des Auswertungsprogramms *PASW Statistics 18*, ausgewertet.

Zu Beginn meiner Arbeit habe ich die theoretische Grundlage der Hypothesengenerierung in Form diverser Erklärungsansätze dargestellt. Eine Graphik sollte einen Überblick über die Gesamtheit der in dieser Arbeit postulierten Einflussfaktoren auf die Entstehung von BIID bzw. dem Wunsch nach der spezifischen Versehrtheit verschaffen. Als Übergang für die Beschreibung angewandter Methoden, habe ich alle aufgestellten Hypothesen zusammengefasst. Der Methodenteil handelt zuerst kurz die

---

<sup>1</sup> <https://www.soscisurvey.de/>

<sup>2</sup> <http://www.biid-dach.org/kontakt.php?PHPSESSID=ilqbhbiccrm74822gjf2osoo97>

allgemeinen Gütekriterien der Testdiagnostik ab. Es folgt die Beschreibung der untersuchten Stichprobe und des Untersuchungsdesigns sowie die Erläuterung zur Fragebogenkonstruktion und dem Datenanalyseverfahren. Zu Beginn des Ergebnisteils werden die ausgewerteten Ergebnisse der Untersuchung hypothesegeleitet vorgestellt und im Anschluss Implikationen diskutiert. Abschließend habe ich die Einschränkungen und Grenzen der Untersuchung dargelegt, offene Fragen und weitere Ergebnisse aufgezeigt, sowie einen Ausblick für nachfolgende Forschung zu den Ursachen des Phänomens BIID gegeben.

## **2 Theoretische Grundlagen der Hypothesengenerierung**

Heutzutage ist es üblich, zum Verständnis eines jeden psychischen Störungsbildes eine biopsychosoziale Perspektive einzunehmen. Selbst, wenn sich herausstellen würde, dass BIID ein vornehmlich neurologisch begründetes Störungsbild ist, bleibt es unbestritten, dass psychologische und soziale Faktoren irgendeinen Einfluss auf die Entstehung, Verlauf und Aufrechterhaltung genommen haben. Daher ist es sinnvoll, auch bei der Entstehung von BIID von einer multikausalen Abhängigkeit auszugehen (Stirn, Thiel, Oddo, 2010).

Die Hypothesen, die ich zur Untersuchung möglicher Gemeinsamkeiten aufgestellt habe, basieren auf psychologischen und sozialen Ansatzpunkten, die man unter anderem bei Stirn et al. (2010) in den Erklärungsansätzen zu BIID wiederfindet (Stirn et al., 2010, S. 45ff). Besonderen Schwerpunkt bei der Betrachtung möglicher Ursachen habe ich außerdem auf Bedürfniskonzepte gelegt. In den folgenden Erklärungsansätzen habe ich versucht, vorhandene Erklärungsansätze mit grundlegenden psychologischen Konzepten und eigenen Vorstellungen zu den Ursachenfaktoren individuell zu integrieren. Als theoretische Grundlage diene dies als Basis der Generierung und Formulierung meiner Hypothesen.

## 2.1 Tiefenpsychologische Perspektive auf die Entstehung psychischer Erkrankungen: psychoanalytisches Konfliktmodell

Aus Sicht tiefenpsychologischer Konzepte, wie dem der Psychoanalyse, wird in der (frühen) Kindheit bzw. in der frühkindlichen Entwicklung die Ursache der Entstehung psychischer Krankheiten gesehen (Kriz, 2007). Im psychoanalytischen Konfliktmodell wird angenommen, dass psychische Erkrankungen auf sog. (neurotischen) Grundkonflikten basieren, die entweder durch eine Hemmung in frühkindlichen Entwicklungsphasen oder durch eine Schwächung des Ich's aufgrund *infantiler* Konflikte entstehen.

Der Grundkonflikt (intrapsychischer Konflikt) kann sich durch verschiedene Formen von Widersprüchen bzw. „Unverträglichkeiten“ charakterisieren (Hohl, 1993). Nach Ansicht der Metapsychologie kann dieser Widerspruch zwischen den jeweiligen Anforderungen der psychischen Instanzen an das Individuum bestehen (Instanzenkonflikt), zwischen verschiedenen Trieben (Triebkonflikte) oder zwischen Bedürfnissen und Verhaltensanforderungen sozialer Normen. Diese Konflikte sind nach den Annahmen dieses Modells nicht per se pathologisch, sondern münden dann in den Symptomen einer psychischen Erkrankung und in Leidensdruck, wenn weiterhin eine Bedürfnisfrustration bestehen bleibt, die aufgrund der Ich-Schwächung oder Entwicklungshemmung nicht mit adaptiven Fähigkeiten bewältigt werden kann. Stattdessen werden Abwehrmechanismen als Bewältigungsform angewandt, die zwar dem Schutz der Integrität und des Selbstwertgefühl nützen (Kriz, 2007), jedoch auch bedingen, dass die zugrunde liegenden Konflikte ungelöst (im Unbewussten) bestehen bleiben und sich dadurch in der Symptombildung reaktivieren können. Das Verdrängte entwickelt fortan eine Eigendynamik, durch die es sich unbewusst auf das Denken und Handeln der Person auswirkt. Der wiederkehrende Versuch, den Konflikt aufzulösen wird als die klinische Symptomatik der psychischen Erkrankung verstanden (Kriz, 2007). Objekttheoretiker werden noch konkreter und sehen in den Interaktionserfahrungen des Kindes mit seinen Eltern bzw. in den „Selbst-

Objekt-Beziehungen“ ein wesentliches Potential für konflikthafte Erfahrungen. Als wesentlicher pathogener Faktor in der Kindesentwicklung wird u.a. die Bedürfnisfrustration aufgefasst, die durch die Unfähigkeit der Eltern, in den jeweiligen Entwicklungsphasen angemessen auf die Bedürfnisse ihres Kindes einzugehen, entsteht und aufrechterhalten wird (Hohl, 1993).

Stirn et al. (2010) nehmen in ihrem psychodynamischen Erklärungsansatz zu BIID einen neurotischen Konflikt zwischen *Versorgung/Geborgenheit* vs. *Autarkie*, also der Abwehr desselben, an. Dieser läge vor allem in einem emotional vernachlässigendem Elternverhalten begründet (Stirn et al., 2010, S. 51f). Die damit einhergehende Frustration wichtiger Bedürfnisse ist den Betroffenen bewusst und führt zu einer ständigen Beschäftigung mit den erlebten, emotionalen Entbehungen in der Kindheit. Stirn et al. (2010) sprechen hier von einer „ Art ‚Fixierung auf sich selbst, die häufig bei BIID-Betroffenen vorzufinden ist“ (Stirn et al., 2010, S. 53). Aber auch die Konflikte zwischen *Macht* vs. *Unterwerfung* und *Abhängigkeit* vs. *Autonomie* würden sich unbewusst auf das Erleben und Verhalten der Betroffenen auswirken (Stirn et al., 2010, S. 52). Resultat dieser ambivalent auf die Person einwirkenden Kräfte sind Wut, Trauer und Enttäuschung. Die Realisierung des Wunsches stellt die vermeintliche Lösung des Konflikts dar. Aus psychodynamischer Sicht und spezifisch bezugnehmend auf den Wunsch nach einer Amputation, sprechen Stirn et al. (2010) hier von dem Versuch, dem als unvollständig erlebten Inneren Ausdruck zu verleihen (Stirn et al., 2010, S. 53)

In jedem Fall wird ersichtlich, dass konflikthafte Erfahrungen des Kindes erhebliche Auswirkungen auf die psycho-soziale Entwicklung haben können, und der Einfluss des Elternverhaltens und anhaltender Beziehungen darauf nicht zu vernachlässigen ist. Entbehungen, Mangelsituationen, Verlusterlebnisse oder Formen von Übergriffen sind bei den meisten Konfliktmustern teilhabend. Meiner Ansicht nach ist es demnach nicht abwegig, die Rolle von Bedürfnissen, deren Frustration

sowie den Einfluss des (direkten) sozialen Umfeldes in der Genese von BIID zu fokussieren.

## **2.2 Erklärungsansätze zur Genese von BIID- Die Rolle verschiedener Aspekte in der Entstehung des mit BIID verbundenen Wunsches nach Behinderung**

### **2.2.1 BIID und die Relevanz zugrundeliegender Bedürfnisse**

Konsensual wird BIID über die Existenz eines intensiven *Wunsches* nach einer schweren (körperlichen) Versehrtheit charakterisiert (Blanke, Morgenthaler, Brugger, Overney, 2009; Blom, Hennekam, Denys, 2012; Kasten & Stirn, 2009; Stirn et al., 2010). Dieser Wunsch kann weder von den Betroffenen selbst rational begründet noch durch bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse eindeutig erklärt werden.

Einen möglichen psychologischen Erklärungsansatz habe ich im Zusammenhang mit bedürfnistheoretischen Annahmen gesehen.

Maslow (1977) hält in seinem Werk zur *Motivation und Persönlichkeit* dazu an, bewusste Wünsche als „Oberflächenindiz“ grundlegenderer Bedürfnisse“ zu betrachten (S. 102). Bewusste Wünsche seien „partielle Ziele“ (S. 90), die je nach dem, wie stark sie mit grundlegenden Bedürfnissen (Grundbedürfnisse) verbunden sind, in ihrer Valenz variieren (Maslow, 1977). Daraus habe ich geschlossen, dass, je intensiver ein Wunsch wahrgenommen wird, desto wahrscheinlicher ist es, dass dem ein fundamentales Bedürfnis unterliegt.

Des Weiteren gelten Bedürfnisse zwar als Verhaltensdeterminanten, jedoch ist der Wirkzusammenhang von Bedürfnis und Handeln nie unabhängig von anderen Personenvariablen, etwa Bedürfnisdispositionen, Persönlichkeitseigenschaften und kognitiven Verarbeitungsprozessen und dem sozialen Kontext bzw. der Interaktion zwischen Person und Umwelt zu betrachten (Maslow, 1977; Nuttin, 1984). Eine Betroffenen-Äußerung

macht in diesem Kontext deutlich, dass nicht *allgemein* Behinderung oder Versehrtheit das Bedürfnisobjekt zu sein scheint, sondern *die* Behinderung, deren Spezifität an die konkrete Erfahrung gebunden ist.

*dass[!] ich durch den voranstehend erwähnten unfall selber eine körperbehinderung erwischte, „lindert“ meine biid-form zwar etwas. ich würde mich deswegen aber nicht als „geheilt“ oder „von biid befreit“ bezeichnen, da meine intensivster wunsch überhaupt, noch immer jener ist, mit einer körperbehinderung (vorzugsweise eine „spina bifida“ Th9) geboren worden zu sein. dass dies nicht möglich ist, dessen bin ich mir sehr wohl im klaren. jedoch vertrete ich die ansicht, stellen auch wünsche im leben wichtige orientierungspunkte dar, unabhängig davon, ob sie sich erfüllen oder nicht. (Richard, persönliche Kommunikation, 15. Juni 2013)*

Von dem Standpunkt aus, dass jedes Erleben und Verhalten in Interaktion mit der Umwelt geschieht, habe ich meine Auffassung begründet, dass es für BIID-Betroffene spezifische soziale Interaktionen gegeben haben muss, die neben anderen relevanten Einflüssen Veränderungen in der Psyche der Betroffenen bewirkt haben könnten, sodass fortan das Bestreben nach einer schweren Behinderung bestand. Als diese anderen relevanten Einflüsse habe ich einen operanten Konditionierungsprozess postuliert, der zur Folge haben könnte, dass die spezifische Behinderung mit positiven Konsequenzen assoziiert wurde. Man nimmt an, dass sich Individuen nicht hinsichtlich des Vorhandenseins des einen oder anderen Bedürfnisses unterscheiden, sondern es bestehen interindividuelle Unterschiede in der Stärke verschiedener Bedürfnisse (Asendorpf, 2007). Aufgrund der Intensität und Langwierigkeit (also einer hohen Valenz) des Behinderungswunsches der Betroffenen, habe ich die Annahme gemacht, dass die mit dem Wunsch verbundene Absicht durch ein dem zugrundeliegenden Bedürfnis motiviert wird. Ich bin davon ausgegangen, dass es sich dabei um das von Maslow definierte *Bedürfnis nach Achtung* handeln könnte (Maslow, 1977). Generell definieren sich Bedürfnisse über ihre Bedürfnisobjekte (Nuttin, 1984). Sie stellen sog.



Befriedigungsfaktoren eines Bedürfnisses dar, und nur sie können zur Befriedigung des Bedürfnisses beitragen (Maslow, 1977). Als Befriedigungsfaktoren des Wachstumsbedürfnisses nach Achtung gelten u.a. Stärke, Bewältigung und Unabhängigkeit sowie Respekt, Hochachtung, Anerkennung und Aufmerksamkeit (Maslow, 1977). Gemäß meiner Annahme, dass das Streben nach Achtung und den damit zusammenhängenden Bedürfnisobjekten Anerkennung und Aufmerksamkeit bei BIID-Betroffenen extrem ausgeprägt seien, habe ich zudem angenommen, dass eine konkrete Lernerfahrung in der Kindheit, die von den BIID-Betroffenen als ein Schlüsselerlebnis geschildert werden (Kasten, 2009, S. 18), dazu geführt haben könnte, dass die spezifische Behinderung mit jenen Bedürfnisobjekten (Anerkennung, Bewältigung, Aufmerksamkeit usw.) assoziiert wurde. Die Behinderung wird gewissermaßen zum Bedürfnisobjekt des Grundbedürfnisses nach Achtung. So reflektierte eine Betroffene über sich gesehen zu haben „dass behinderte Kinder mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung bekamen. Sie wünschte sich sehr, selbst auch behindert und auf den Rollstuhl angewiesen zu sein.“ (Auszug aus einer Ereignischronologie einer Betroffenen, Monika)

Da die Bedürfnisbefriedigung unmittelbar an die Befriedigung der Bedürfnisobjekte gebunden ist, kann das Drängen des Wunsches nach (dieser!) Behinderung nur durch seine Erfüllung beendet werden. Wie bereits aufgeführt, ist die Entwicklung und Konkretisierung unpräziser Bedürfnisse zu spezifischen Motivationen mitunter abhängig von Lernerfahrungen des Individuums (zit. n. Nuttin, 1984). Deshalb habe ich angenommen, dass eine Frustration des Achtungsbedürfnisses durch konflikthafte Erfahrungen mit dem sozialen Umfeld zur besonderen Bedeutsamkeit dieses Bedürfnisses bzw. den damit assoziierten Bedürfnisobjekten (Behinderung) geführt haben könnte. Diese in einer Bedürfnisfrustration mündenden Erfahrungen könnten ein emotional vernachlässigendes Verhalten von Bezugspersonen gewesen sein. So konkludiert eine Betroffene in einer von ihr verfassten

ereignischronologischen Schrift „emotionale Distanz“ in einigen Kindheitserfahrungen. „Das Daumenlutschen zur Selbstberuhigung und als Ersatzhandlung für mangelnde Geborgenheit, Wärme, Nähe, konnte Monika erst im Alter von 7 Jahren abgewöhnt werden.“ (Auszug aus einer Ereignischronologie einer Betroffenen, Monika)

### **2.2.2 Der Aspekt quantitativer und qualitativer Erfahrungen mit Versehrtheit (Krankheit und Behinderung)**

Stirn et al. (2010) legen einer Veränderung des Körperschemas, als Ursache für BIID, eine präpubertäre Prägung zugrunde, die mit der Übertragung der bewunderten Behinderung auf das eigene Körperschema verbunden ist (Stirn et al., 2010, S. 19). Unabhängig davon, habe ich den Hypothesen  $H_{1a/b/c}$  theoretisch zugrunde gelegt, dass, allgemein gefasst, quantitative und qualitative Erfahrungen mit Versehrtheit (im Sinne von Krankheit und Behinderung) zu einer Veränderung des Körperschemas, ergo zu Veränderungen des Körper selbstbildes und der Entwicklung einer z.B. „Amputierten-Identität“ geführt haben könnten. Im Gegensatz zum Körperschema gewichten beim Körper selbstbild per Definition die einstellungs- und emotionsbezogenen Komponenten. Selbst, wenn Körperschema und -bild ohnehin sich ergänzend bestehen, sollte man eine Diskrepanz zwischen Körper und Körper selbstbild als wahrscheinlicheren Ursachenfaktor in der Entstehung von BIID betrachten. Nicht zuletzt richtet sich die Evidenzlage bezüglich eines BIID begründenden veränderten Körperschemas gegen ebendiese Hypothese. Beispielsweise ist es nicht bekannt, dass Betroffene unter Beeinträchtigungen in der Bewegungs- und Haltungskontrolle leiden, was jedoch bei einem gestörten oder unvollständigen Körperschema zu erwarten wäre (Bayne & Levy, 2005). Jedenfalls sind Körperschema als auch das Körper selbstbild von Lernerfahrungen beeinflusst. Das Körperschema ändert sich ständig in Abhängigkeit erlebter Erfahrungen. Das Körper selbstbild setzt sich neben diesen Lebenserfahrungen u.a.

zusammen aus Überzeugungen, Annahmen, Illusionen und Interpretationen, die in der sozialen Auseinandersetzung entstehen (Bechstein, 2012). Frühe psychische oder körperliche Erkrankungen, sowie ein häufiger und/oder intensiver Umgang mit Behinderten/Kranken könnten einen Einfluss auf das sich in diesem Zeitalter entstehende Körperselbstbild gehabt haben. Die schwere körperliche Erkrankung könnte verursacht haben, dass die äquivalente Information zum „unversehrten Körper(teil)“ durch die Information eines „versehrten Körper(teils)“ im Körperschema ersetzt wurde. Ein unversehrter Körper wäre in diesem Fall nicht mehr mit ihrem Körperschema bzw. dem Körperselbstbild konform, nicht mehr der inneren Identität entsprechend. Als Konsequenz der Selbstwertregulation, wird eine ich-syntone Anpassung der Körpers angestrebt.

So schrieb mir ein Betroffener: „seit meinem 4. Lebensjahr bin ich, rekonstruierbar, von BIID betroffen. ausschlaggebend hierfür sind zum einen körperbehinderte Personen im Familien- und Bekanntenkreis, wie zum anderen zahlreiche, oft sehr eindrucksvolle Begegnungen mit anderen körperbehinderten Personen“ (Richard, persönliche Kommunikation, 15.06.2013).

Schwere *psychische* Erkrankungen, etwa als Folgen von Misshandlungen (s.a. 2.2.4), könnten dissoziative Reaktionen bedingt haben, durch die das betroffene Körperteil abgespalten wurde. Im Kontext von BIID wurde das Körperteil fortan „abstrahiert“, wodurch es von Betroffenen nicht mehr der inneren Identität zugehörig empfunden wird.

Auf dieser Grundlage habe ich folgende Hypothesen generiert:

H1<sub>a</sub>: BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend häufiger als Nicht-Betroffene unter schweren körperlichen Erkrankungen gelitten.

H1<sub>b</sub>: BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend häufiger als Nicht-Betroffene unter schweren psychischen Erkrankungen gelitten.

H1<sub>c</sub>: BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend mehr Erfahrungen mit schwerer körperlicher Erkrankung/Behinderung gemacht als Nicht-Betroffene, sei es an sich selbst oder anderen Personen.

### **2.2.3 Der Aspekt des Sekundären Krankheitsgewinns**

In Hypothese 2 habe ich die Annahme zugrunde gelegt, der Wunsch nach Behinderung könnte durch den Aspekt des sekundären Krankheitsgewinns entstanden sein. BIID-Betroffene könnten in ihrer Kindheit gelernt haben, Krankheit und Behinderung mit Vorteilen zu assoziieren. Möglich wäre es, dass BIID-Betroffene in ihrer Kindheit eigene Krankheiten mit positiven Aspekten etwa Zuneigung, Fürsorge oder Aufmerksamkeit erlebt haben. Ebenso könnten sie Erfahrungen gemacht haben, in denen (die spezifische) Behinderung mit gleichen positiven Aspekten einherging. Zu bemerken ist jedoch, dass sich BIID-Betroffene nach eigenen Angaben keinen Vorteil aus der Passivität und Abhängigkeit einer Behindertenrolle versprechen. Die Realisierung des Behinderungswunsches wird oft eher als Herausforderung betrachtet, sich selbst und anderen die eigene Stärke, Andersartigkeit, Einzigartigkeit und Unabhängigkeit zu beweisen (Stirn et al., S. 12). So würde indirekt der Vorteil der erstrebten Behinderung darin bestehen, Anerkennung, Hochachtung der Leistungen trotz Versehrtheit, Aufmerksamkeit und folglich auch die Erhöhung oder Errichtung eines positiven Selbstwertgefühls zu gewinnen. Deutlich wird, dass auch aus dieser theoretischen Betrachtung die Rolle der Befriedigung von Grundbedürfnissen, ganz konkret dem Bedürfnis nach Achtung (Maslow, 1977) maßgeblich zu sein scheint.

Auf dieser Grundlage habe ich die folgende Hypothese generiert:

H2: BIID-Betroffene sind in ihrer Kindheit/Jugend bei Erkrankungen häufiger mit sekundärem Krankheitsgewinn belohnt worden als Nicht-Betroffene.

#### **2.2.4 Der Aspekt emotionaler Vernachlässigung, Überprotektion und subjektiver Lernerfahrungen**

Auf der Grundlage einiger Berichte, in denen Betroffene eine fehlende emotionale Wärme sowie eine unzureichende Bedürfnisbefriedigung durch die Eltern schildern, gehen auch Stirn et al. (2010) davon aus, dass emotionale Vernachlässigung eine einflussnehmende Rolle in der Entstehung von BIID gespielt haben könnte. Emotionale Vernachlässigung ist eine Form der Kindesmisshandlung, die sich in einer psychischen Beeinträchtigung durch Unterlassungen (z.B. emotionale Wärme, Fürsorge, Anerkennung, Aufmerksamkeit etc.) der Bezugspersonen äußert. Anders ausgedrückt könnte man hier auch von existentieller Bedürfnis*frustration* durch emotional vernachlässigendes Verhalten relevanter Bezugspersonen sprechen (s.a. Abschnitt 2.2.1). Deutlich wird der erneute Zusammenhang zu grundlegenden Bedürfnissen und der Wertigkeit ihrer Befriedigung bzw. des Effekts ihrer Nicht-Befriedigung. Aufgrund der erlebten emotionalen Vernachlässigung würden emotionale Wärme, Fürsorge, Anerkennung, Aufmerksamkeit etc. sowohl sehr relevante, bislang mangelnde Aspekte ihres Daseins, als auch als positive Konsequenzen des Andersseins, der Versehrtheit bzw. Behinderung darstellen. Das Ausmaß psychischer Vernachlässigung (also der Erfahrung, als "man selbst" keine Zuwendung zu erhalten) sowie die Anzahl erlebter Erfahrungen, in denen Behinderung mit dem Erhalt der ersehnten Aspekte wie emotionale Wärme etc. erlebt wurde, könnten einen generellen Wunsch nach Andersartigkeit hervorgebracht haben. Der Einfluss anderer relevanter Faktoren (s.a. 2.3) könnte diesen Wunsch intensiviert und auf eine bestimmte Behinderung spezifiziert haben.

An dieser Stelle habe ich einen weiteren Aspekt in das Erklärungsmodell der emotionalen Vernachlässigung einbezogen. Emotionale Vernachlässigung kann dazu geführt haben, dass sich eine relative bzw. subjektive Deprivation eingestellt hat. Subjektiv deprivierte Personen machen durch einen Vergleich mit anderen Mitgliedern ihrer Bezugsgruppe die Erfahrung, hinsichtlich ihrer Erwartungen und Wünsche

benachteiligt zu sein. Das Ergebnis dieses Vergleiches führt dazu, dass sich Betroffene unzufrieden und enttäuscht fühlen. Ergänzend habe ich unterstellt, dass ebendieser soziale Vergleich bei BIID-Betroffenen mit den spezifisch behinderten Menschen stattfindet, einer für sie relevanten Bezugsgruppe. Genau wie Stirn et al. (2010) bin ich davon ausgegangen, dass BIID-Betroffene in ihrer frühen Lebensspanne gelernt haben könnten, mit der Behinderung, die sie sich wünschen, emotionale Wärme, Fürsorge, Anerkennung, Aufmerksamkeit etc. zu verbinden (Stirn et al., 2010). BIID-Betroffene könnten demnach eine frühe Lernerfahrung in Form einer starken positiven Verstärkung gemacht haben. Diese positiven Aspekte werden nun als "Gruppeneigenschaften" betrachtet, mit denen sich die Betroffenen identifizieren möchten und somit die Gruppe der Behinderten zu ihrer relevanten Bezugsgruppe bzw. sozialen Vergleichsgruppe machen. Die Unzufriedenheit und Enttäuschung will im Rahmen der Erkrankung BIID durch die Realisierung des Wunsches einer Behinderung beendet werden.

Anzunehmen wäre, dass BIID-Betroffene in ihrer Kindheit/Jugend durch Ihre Eltern die Erfahrung fehlender emotionale Wärme gemacht haben könnten. Eine sich dadurch kennzeichnende Eltern-Kind-Beziehung würde auf eine emotionale Vernachlässigung des Kindes hinweisen, deren Konsequenz eine subjektive Deprivation zur Folge haben kann.

Manche Äußerungen der Betroffenen verwiesen nicht nur auf einen Mangel an Zuwendung usw. sondern es wurden auch Bemerkungen über „überwachte, kontrollierte, korrigierte Kinder“ (persönliche Kommunikation, k.a.) und über „eine überkontrollierende Mutter (..) (perfektionistisch, ängstlich, zwängelnd, ...)“ (persönliche Kommunikation, k.a.) gemacht. In Bezug auf das Elternverhalten sollten Aspekte der „Kontrolle und Korrektur“ (persönliche Kommunikation, k.a.) als das Elternverhalten beschreibende Charakteristika mancher BIID-Betroffener, mit in die Hypothesen-formulierung und Untersuchung über Gemeinsamkeit einbezogen werden.

Auf dieser Grundlage habe ich die folgenden Hypothesen generiert:

H3<sub>a</sub>: BIID-Betroffene haben in Ihrer Kindheit mehr maladaptives Elternverhalten in Form von emotionaler Vernachlässigung erfahren, als Nicht-Betroffene.

H3<sub>b</sub>: BIID-Betroffene haben in Ihrer Kindheit mehr maladaptives Elternverhalten in Form von Überprotektion erfahren, als Nicht-Betroffene.

### **2.2.5 Der Aspekt einer generellen Bewunderung von Andersartigkeit**

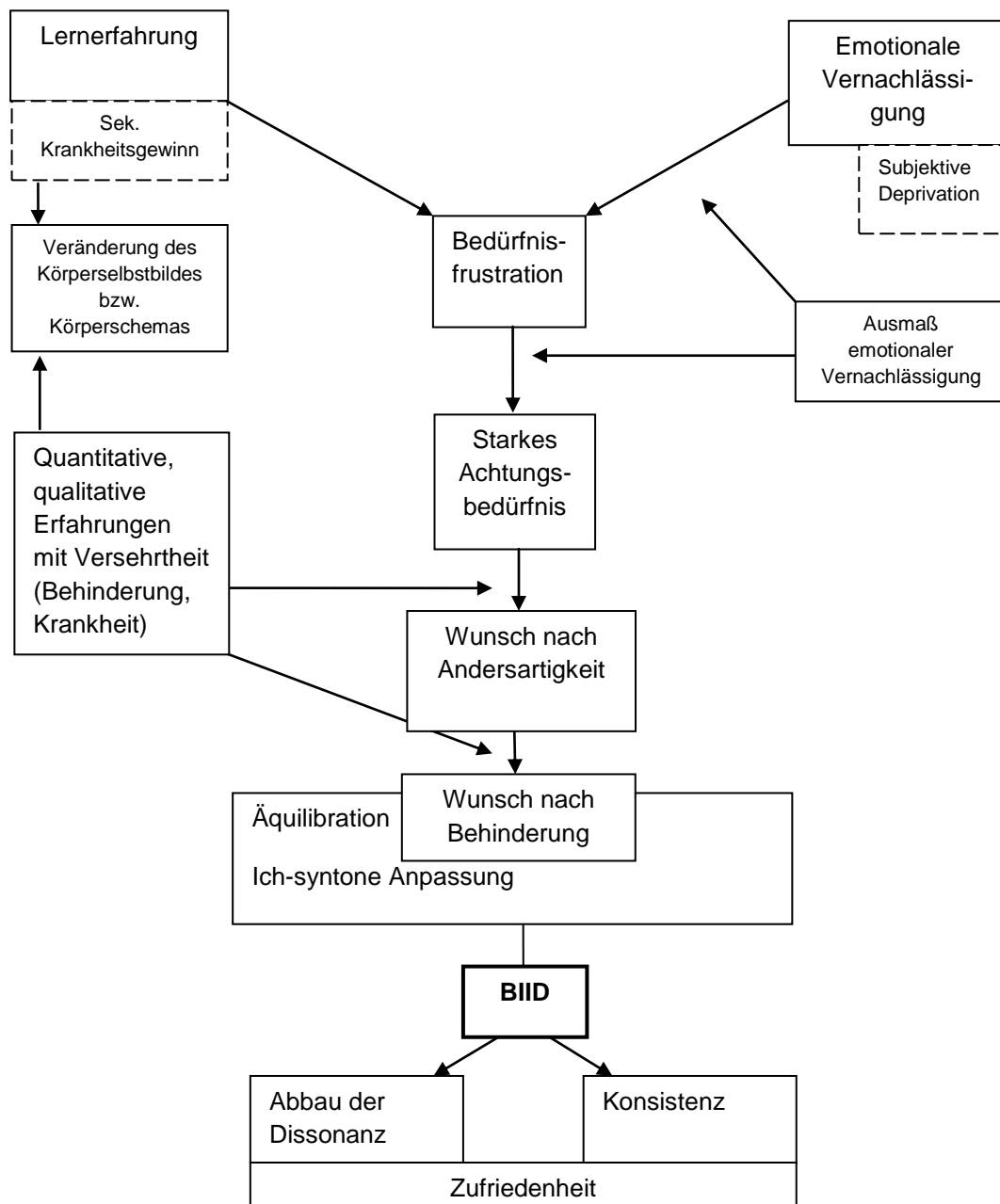
Betroffene berichten, sie hätten in dem als Schlüsselerlebnis bezeichneten Moment eine „Begeisterung für diese *Andersartigkeit* entwickelt...“ (Stirn et al., 2010, S. 7). Bezugnehmend darauf habe ich die Vermutung angestellt, dass BIID-Betroffene grundsätzlich äußerliche Auffälligkeit bzw. Andersartigkeit bewundern. Die Bestätigung der sich hieraus ergebenden Hypothese würde die psychologische Komponente von BIID stärker gewichten und weniger für eine neurologische ZNS-Schädigung sprechen. So schrieb ein Betroffener:

*so faszinierte/(interessierte) mich bis auf den heutigen tag (und wohl auch noch in zukunft) ungebrochen, das spezielle der andersartigkeit dieser menschen in höchstem masse. dominierend dabei war nicht (nur) ihr äusseres, sondern überhaupt die betreffenden personen in ihrem ganzen und mit ihrem leben. seit meinem 4. lebensjahr war mir klar und bewusst, stellt diese lebensform besondere herausforderungen an die betreffende person. (Richard, persönliche Kommunikation, 15.06.2013)*

Auf dieser Grundlage habe ich die folgende Hypothese generiert:

H4: BIID-Betroffene bewundern Menschen mit auffälligen Attributen mehr als Menschen ohne BIID.

### 2.3 Graphische Darstellung zu den aufgeführten Einflussfaktoren auf die Entstehung von BIID bzw. dem damit verbundenen Wunsch nach Behinderung



**Abb.1** Psychosoziales Entstehungsmodell von BIID (Modell über die diskutierten psychologischen und sozialen Einflussfaktoren in der Entstehung von BIID bzw. dem Wunsch nach Versehrtheit)



## 2.4 Hypothesen

Zur Hypothesengenerierung wurden spezifische Quellen herangezogen. Dabei handelte es sich vornehmlich um eine Niederschrift einer BIID-Betroffenen, die ihre Kindheits- und Jugenderfahrungen selbstreflektiert beschrieben und kommentiert hat. Zusätzlich konnten E-Mail Beiträge aus persönlichen Konversationen dazu genutzt werden, inhaltlich verarbeitet und in die Hypothesenformulierung eingebracht zu werden.

### 2.4.1 Übersicht über die untersuchten Hypothesen

- H1<sub>a</sub>: BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend häufiger als Nicht-Betroffene unter schweren körperlichen Erkrankungen gelitten.
- H1<sub>b</sub>: BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend häufiger als Nicht-Betroffene unter schweren psychischen Erkrankungen gelitten.
- H1<sub>c</sub>: BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend mehr Erfahrungen mit schwerer körperlicher Erkrankung/Behinderung gemacht als Nicht-Betroffene, sei es an sich selbst oder anderen Personen.
- H2: BIID-Betroffene sind in ihrer Kindheit/Jugend bei Erkrankungen häufiger mit sekundärem Krankheitsgewinn belohnt worden als Nicht-Betroffene.
- H3<sub>a</sub>: BIID-Betroffene haben in Ihrer Kindheit mehr maladaptives Elternverhalten in Form von emotionaler Vernachlässigung erfahren, als Nicht-Betroffene.
- H3<sub>b</sub>: BIID-Betroffene haben in Ihrer Kindheit mehr maladaptives Elternverhalten in Form von Überprotektion erfahren, als nicht-Betroffene.

H4: BIID-Betroffene bewundern Menschen mit auffälligen Attributen mehr als Menschen ohne BIID.

### **3 Objektivität**

Die Objektivität des Fragebogens kann hinsichtlich Durchführung, Auswertung und Interpretation als gegeben beurteilt werden: der Fragebogen zur Untersuchung der Lebensspanne Kindheit/ Jugend wurde hypothesengeleitet konstruiert. Teilweise befinden sich offene Texteingabefelder im Fragebogen, die verhindern sollten, dass Besonderheiten die auf ein Individuum zutreffen, nicht unterschlagen werden. Diese Daten werden im Rahmen einer qualitativen Analyse kodiert und ausgewertet. Alle an der Befragung teilnehmenden Personen einer Untersuchungsgruppe erhielten denselben Zugang zu demselben Fragebogen. Die Datenauswertung verlief über das Auswertungsprogramm PASW 18. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgte gemäß der im Vorfeld festgelegten Hypothesen.

### **4 Reliabilität**

Im Zuge der Reliabilitätsprüfung wurden Korrelationen zwischen den folgenden Item-Zwillingen berechnet (siehe Tab.1).

Tabelle 1

*Pearson-Korrelationskoeffizienten (r) der Item-Zwillinge bei N = 72*

<b>Itemzwillinge</b>	<b>r</b>	<b>p<sup>c</sup></b>
„Wie viele körperlich behinderte/erkrankte Menschen bzw. Menschen mit Hilfsmitteln wie Orthesen/ Prothesen/ Rollstuhl/ Krücken usw. befanden sich in Ihrer Kindheit/Jugend in Ihrem Umfeld? Wie positiv/negativ war Ihr Verhältnis zu jenen Personen zumeist?“	0,86	<0,01
„Bestimmen Sie bitte die Anzahl an Personen in Ihrem Umfeld zu Kindheits- und Jugendzeiten, mit folgenden körperlichen Behinderungen. Wie positiv/negativ war Ihr Verhältnis zu jenen Personen zumeist?“ <sup>a</sup>		
„Haben Sie sich als Kind und Jugendliche(r) gewünscht, mehr Aufmerksamkeit und Zuneigung zu erhalten?“	-0,48	<0,01
„Wie viel Zuneigung haben Sie als Kind/Jugendliche(r) durch andere Menschen erhalten?“ <sup>b</sup>		
„Haben Sie das Gefühl, als Kind von Ihren Eltern eher gehasst oder eher geliebt worden zu sein?“	-0,79	<0,01
„Haben Sie sich als Kind und Jugendliche(r) abgelehnt gefühlt?“ <sup>b</sup>		
„Wie sehr haben Sie sich bei Ihren Eltern geborgen gefühlt?“		
„Wurden Ihre Eltern aufmerksam, wenn es Ihnen nicht gut ging (etwa, weil Sie traurig waren)?“ <sup>b</sup>	-0,57	<0,01

<sup>a</sup> Zu erwarten war eine positive Korrelation

<sup>b</sup> Zu erwarten war eine negative Korrelation

<sup>c</sup> asymptotisches Signifikanzniveau

Nach Cohen bilden die Korrelationen der vier Item-Zwillinge *mittlere bis starke* Zusammenhänge ab.

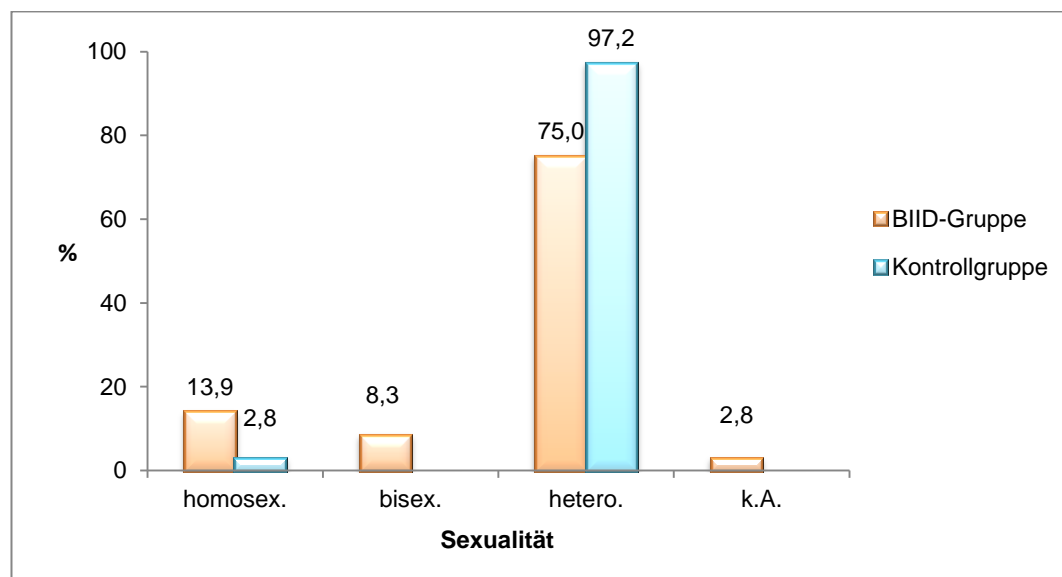
## 5 Stichprobenbeschreibung

Die Untersuchung möglicher Gemeinsamkeiten in der Kindheit und Jugend von BIID-Betroffenen konnte an  $n = 36$  Betroffenen durchgeführt werden.  $n = 4$  BIID-Betroffene waren weiblichen und  $n = 32$  männlichen Geschlechts. Zur Berechnung statistischer Gruppenvergleiche im Rahmen

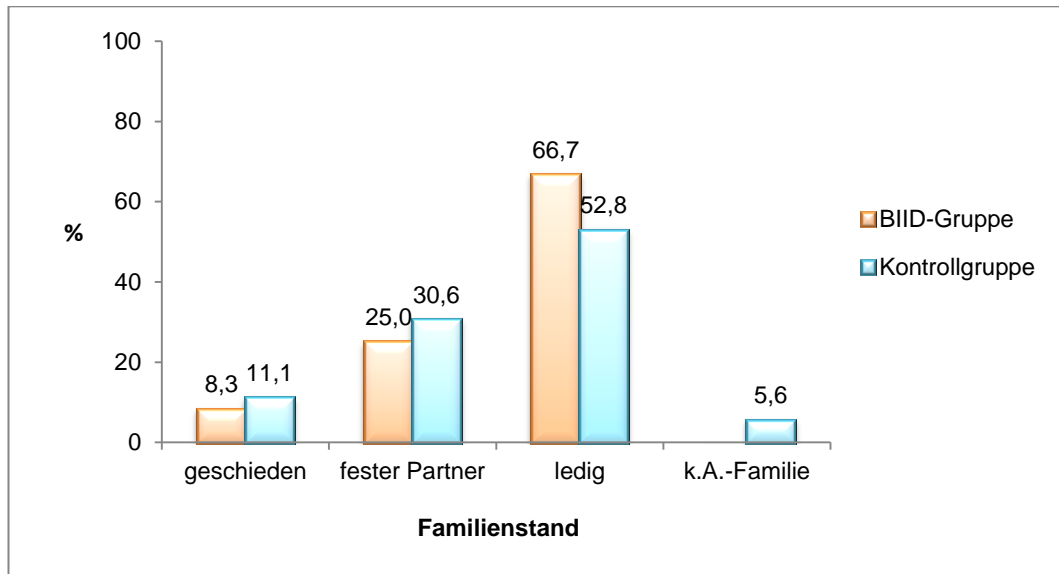
non-parametrischer U-Tests, habe ich eine nach Alter ( $\pm 1$  bis 2 Jahre) und Geschlecht parallelisierte Gruppe Nicht-Betroffener rekrutiert (siehe Anhang A).

Das mittlere Alter der Gesamtstichprobe war 47,24 Jahre. Als mittleres Alter der Experimentalgruppe ergab sich ein Alter von 47,65 Jahren. Davon wich die Kontrollgruppe mit einem mittleren Alter von 46,89 Jahren nur geringfügig ab.

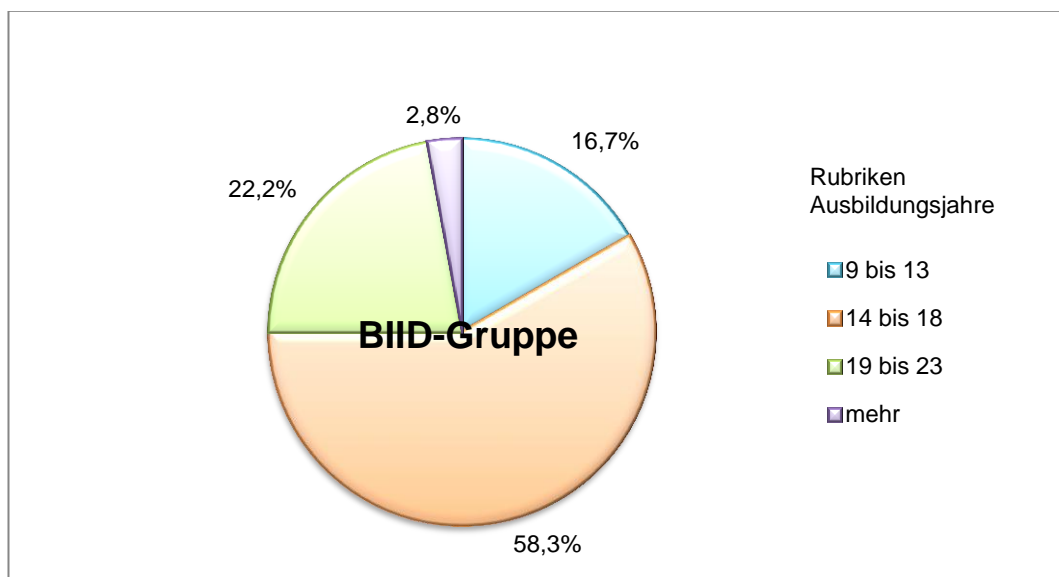
Über das von Herrn Prof. Dr. Kasten initiierte Internet-Forum [www.BIID.dach](http://www.BIID.dach) (z.Zt. über 200 Mitglieder) wurde Kontakt zu mehr als 30 Betroffenen im Raum Deutschland und im Ausland hergestellt. Zusätzlich konnte über einen Betroffenen Kontakt zu weiteren Privatpersonen vermittelt werden. Die Vergleichspersonen wurden in Bekanntenkreisen mehrerer Personen akquiriert, die ihrerseits den Fragebogenlink weiterleiteten. Weitere sozio-demographische Daten der jeweiligen Gruppenmitglieder können in den Abbildungen 2, 3a und 3b eingesehen werden.



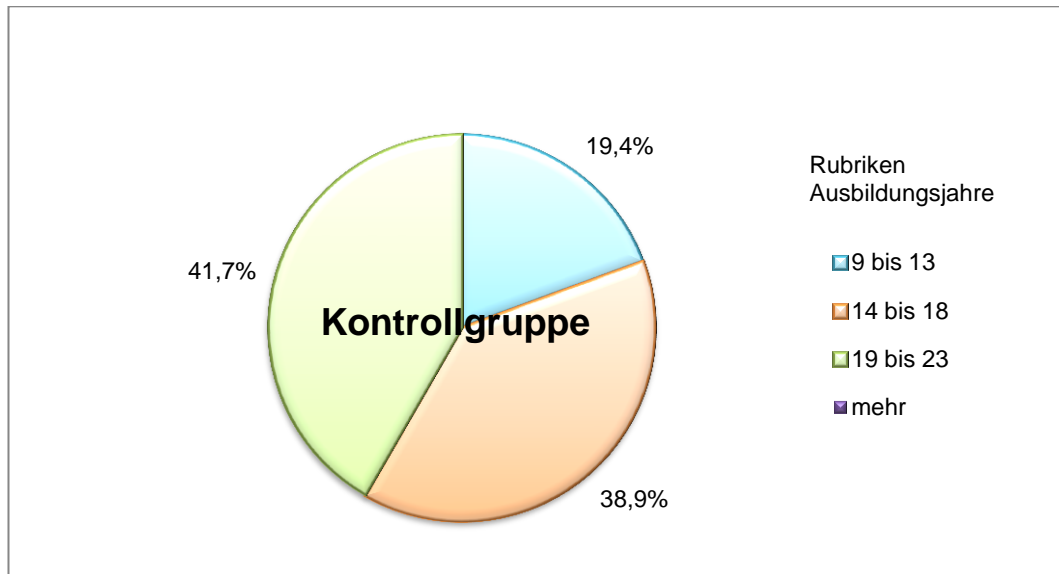
**Abb. 2** Darstellung der prozentualen Anteile der jeweiligen, erhobenen sexuellen Ausrichtungen innerhalb der untersuchten Gruppen (je  $n = 36$ )



**Abb. 3** Darstellung prozentualer Anteile der jeweiligen, erhobenen Familienstände innerhalb der untersuchten Gruppen (je  $n = 36$ )



**Abb. 4a** Darstellung der Verteilung der Anteile an BIID-Betroffenen mit entsprechend absolvierten Ausbildungsjahren ( $n = 36$ )



**Abb. 4b** Darstellung der Verteilung der Anteile unter den Kontrollpersonen mit entsprechend absolvierten Ausbildungsjahren ( $n = 36$ )

Insgesamt (inklusive der *nicht* abgeschlossenen Testungen) wurden 221 Fragebögen begonnen. Davon waren jedoch nur 139 Datensätze vollständig durchgeführt.

## 6 Untersuchungsdesign

Bei meiner Ursachenforschung handelt es sich um eine nicht-experimentelle Untersuchung in Form einer Querschnittstudie mit quantitativer Datenerhebung. Im Sinne der Vergleichbarkeit hat die Erhebung an einer Experimental- sowie Kontrollgruppe stattgefunden. Dazu habe ich zwei Fragebögen mit jeweils 59 bzw. 58 Items konstruiert (siehe Anhang B). Bis auf ein Item, das bei der experimentellen Gruppe den spezifischen Behinderungswunsch abfragt und bei der Fragebogenversion der Kontrollgruppe nicht einbezogen wurde, waren beide Bögen identisch. Inhaltlich haben sich die Items auf spezifische Kindheits- und Jugendereignisse bezogen. Anhand des Vergleichs zwischen den Gruppen wurde eine Aussage darüber gemacht, was den Mitgliedern der BIID-Gruppe an Kindheits- und Jugenderfahrungen

gemeinsam ist. Die gewonnenen Erkenntnisse geben Hinweise auf mögliche Ursachen für die Entstehung von BIID. Die Parallelisierung der Untersuchungsgruppen nach Alter und Geschlecht diente u. a. der Kontrolle von Störeinflüssen.

## **7 Durchführung: Fragebogenkonstruktion und Datenanalyseverfahren**

Das Erstellen der beiden hypothesengeleitete Fragebögen<sup>3</sup> zur Untersuchung der Lebensspanne Kindheit/Jugend, wurde mit Hilfe des Onlineprogramms SoSci-Survey erstellt.

Zur Item-Beantwortung habe ich sowohl uni-als auch bipolare Rating-Skalen aufgestellt. Diese bestanden gleichermaßen aus einer Kombination gerader und ungerader Anzahlen numerischer Marker. Die Extrema der Skalen wurden zusätzlich mit verbalen Markern versehen (s.a. Anhang B).

Nach dem Erstellen der Fragebögen wurden die jeweiligen Links<sup>4</sup> in dem persönlichen Projektordner des Onlineprogramms gespeichert. Nach Einstellung eines Befragungszeitraums waren die Fragebögen online zugänglich. Zur Erhebung der Stichproben wurden die entsprechenden Links zu den Fragebögen an die bereitgestellten Personen und Administratoren der Foren per Email gesendet (siehe Anhang C, D). Mit Beendigung der letzten Seite des Fragebogens wurden die erhobenen Daten automatisch an den persönlichen Account bei SoSci-Survey versandt. Diese wurden durch einen Komplett-Import als SPS-Datei heruntergeladen und anhand statistischer Verfahren ausgewertet. Hierzu wurde das Auswertungsprogramm PASW Statistics 18 verwendet.

---

<sup>3</sup> Eine Version für die Gruppe der BIID-Betroffenen, eine Version ohne das Item „Wunsch nach spezifischer Behinderung“ für die Nicht-Betroffenen Kontrollgruppe.

<sup>4</sup> Ein Link führte zum Fragebogen an die BIID-Betroffenen, der sich von dem anderen Fragebogen für die Kontrollpersonen durch die Frage nach dem spezifischen Behinderungswunsch unterschieden hat.

## 8 Ergebnisse: Hypothesengeleitete Datenauswertung und Ergebnisdarstellung der Items bzw. Item-Summenscores

Ziel dieser Untersuchung war es, bedeutsame Unterschiede in den Mittelwerten zwischen den parallelisierten Gruppen BIID-Betroffene und Kontrollpersonen zu finden. Auf dieser Grundlage sollten Aussagen über kindheitsbezogene Gemeinsamkeiten in der Population BIID-Betroffener gemacht werden.

Aufgrund des kleinen Stichprobenumfangs von je  $n = 36$  wurden die erhobenen Daten unter Anwendung non-parametrischer Signifikanztestung für zwei unabhängige Stichproben (*Mann-Whitney-U-Test*) entlang der aufgestellten Hypothesen ausgewertet. Im selteneren Fall des Vorkommens nominalskalierter Daten wurden die Häufigkeiten berechnet und ein *Chi-Quadrat-Test* durchgeführt. Großteils wurden alle Items einer Hypothese separat ausgewertet. In anderen Fällen konnten manche Items bzw. Itemabstufungen zu einem Summenscore zusammengefügt und weiterverrechnet werden. Getestet wurde auf einem 5%-Signifikanzniveau. Zur deskriptiven Statistik wurden Mittelwerte  $\pm$ Standardfehler angegeben. Die Marker der jeweiligen Ratingskalen wurden von dem online-Programm SoSci-Survey zu Werten von (-)1 bis 10 bzw. 11 umkodiert. Die nachfolgend angegebenen Ratingskalen wurden so dargestellt, dass zu jedem Marker der jeweilige Code in Klammern angegeben ist.<sup>5</sup> Die statistischen Berechnungen sind mit den Werten in Klammern erfolgt.

---

<sup>5</sup> Beispiel: dem Marker „-50“ wird der Wert (1) zugeordnet, „-40“(2), „-30“(3) usw.



### 8.1 H1<sub>a</sub>: BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend häufiger als Nicht-Betroffene unter schweren körperlichen Erkrankungen gelitten.

**Itemanalyse zu der Frage: „Sind Ihnen schwere körperliche Erkrankungen, Unfälle, Operationen o.ä. bekannt, unter denen Sie als Kind gelitten haben oder haben Kinderkrankheiten einen außergewöhnlich schweren Verlauf gezeigt oder waren sie besonders häufig krank?“**

Wie in Tabelle 2 ersichtlich wird, haben sich *keine* signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Vorkommens kindlicher Erkrankungen zwischen der Gruppe der BIID-Betroffenen und der Kontrollgruppe ergeben ( $\chi^2_{(1,0; df = 1, N = 72)} = ,000$ )<sup>6</sup>.

Tabelle 2

*Dargestellt ist eine Vier-Felder-Tafel zur Berechnung des Chi-Quadrats für das nominalskalierte Item "Sind Ihnen schwere körperliche Erkrankungen, Unfälle, Operationen o.ä. bekannt, unter denen Sie als Kind gelitten haben oder haben Kinderkrankheiten einen außergewöhnlich schweren Verlauf gezeigt oder waren sie besonders häufig krank?"*

		BIID-Gruppe	Kontrollgruppe	Gesamt
Anzahl	Ja	5	5	10
Residuen		,0	,0	
Anzahl	Nein	31	31	62
Residuen		,0	,0	
Anzahl	Gesamt	36	36	72

<sup>6</sup>  $\chi^2$ -Angaben nach Yates-Korrektur (Kontinuitätskorrektur) da  $n = 36$ .

**Itemanalyse zu dem Item: „Geben Sie bitte nähere Auskunft über die ‚Art der körperlichen Erkrankung(en)‘“**

Die Untersuchungsteilnehmer sollten an dieser Stelle eine offene Angabe über die Art der im Vorfeld bejahten körperlichen Erkrankung in der Kindheit/Jugend machen. An dieser Stelle konnten keine Häufungen bestimmter Nennungen gefunden werden (siehe Tab. 3).

Tabelle 3

*Aufgelistet sind die offen beantworteten Nennungen zu körperlichen Erkrankungen in der Kindheit/Jugend. Die einzelnen Spalten stellen die Nennungen pro Person dar.*

<b>BILD-Gruppe (n = 11)</b>	<b>Kontrollgruppe (n = 7)</b>
-Polio	-Rheuma
-Fazialislähmung	-HWS-Syndrom
-Asthma	-Armbruch
-Beinbruch	-Armbruch
-Melanom Auge	-Schlüsselbeinbruch
-Blutvergiftung	-Lungenabszess
-Tiefe Schnittwunde Zeigefinger rechts genäht	-Tuberkulose
-Diphtherie	
-Masern	
-Keuchhusten	
-Blinddarm	

**Itemanalyse zu dem Item: „Geben Sie bitte nähere Auskunft über die Dauer der Erkrankung“**

Hinsichtlich der Angaben über die Dauer der berichteten Erkrankung (in Wochen) konnten keine Häufungen in einer bestimmten Zeitspanne berichtet werden. Die Signifikanztestung ergab *keine* signifikanten

Unterschiede in den berichteten Zeitspannen zwischen den Gruppen (siehe Tab. 4).

Tabelle 4

*Dargestellt ist die deskriptive Statistik und die Ergebnisse der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung der verglichenen Gruppen zum Summenscore des untersuchten Items „Geben Sie bitte nähere Auskunft über die ‚Dauer der Erkrankung‘ (in Wochen)“: Mittelwerte (M)  $\pm$  Standardfehler der Mittelwerte ( $SE_M$ ), Mann-Whitney-U-Wert (U), Z-Wert (Z) und der asymptotische p-Wert des Ergebnisses (p)*

	<i>n</i>	<i>M (<math>\pm SE</math>)</i>
BIID-Gruppe	3	11,00 $\pm$ 4,04
Kontrollgruppe	4	21,50 $\pm$ 6,40
	<i>U</i>	<i>Z</i>
	2,000	-1,414
		<i>p</i>
		<b>0,16 (&gt;0,05)</b>

***Itemanalyse zu dem Item: „Geben Sie bitte nähere Auskunft über Ihr ‚Alter‘ in dem die jeweilige Erkrankung aufgetreten ist.“***

Eine qualitative Datenauswertung dieses Items hat *keine* bedeutsamen Unterschiede in Häufungen über Angaben des Alters der zuvor genannten körperlichen Erkrankungen zwischen der Gruppe BIID-Betroffener und Kontrollpersonen, aufgewiesen (siehe Tab. 5).

Tabelle 5

Dargestellt sind zusammengefasste Klassen von Altersjahren, denen die jeweiligen Nennungen der Befragten zum Alter genannter Erkrankungen zugeordnet wurden.

Alter von	Häufigkeiten	
	BIID-Gruppe (n = 11)	Kontrollgruppe (n = 7)
1 bis 4 Jahre	6	0
5 bis 8 Jahre	3	2
9 bis 12 Jahre	1	2
13 bis älter	1	3

**Itemanalyse zu dem Item: „Geben Sie bitte nähere Auskunft über das ‚Ausmaß körperlicher Einschränkung‘“**

Die Untersuchung der Mittelwertunterschiede des Summenscores Itemabstufungen zwischen den BIID-Betroffenen und der Kontrollgruppe ergab hinsichtlich des Ausmaßes der erlebten körperlichen Einschränkung der zuvor angegebenen Einschränkungen keine signifikanten Unterschiede (siehe Tab. 6).

Tabelle 6

Dargestellt ist die deskriptive Statistik und die Ergebnisse der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung der verglichenen Gruppen zum Item-Summscore (min. = 7,0, max. = 77,0) zu: „ ‚Ausmaß körperlicher Einschränkung‘: Erklärung der Abkürzungen wie oben.

„0%(1) - 10%(2) - 20%(3) - 30%(4) - 40%(5) - 50%(6) - 60%(7) - 70%(8) - 80%(9) - 90%(10) - 100%(11)“		
	n	M (±SE)
BIID-Gruppe	5	7,4 ±1,4
Kontrollgruppe	5	7,8 ±1,2
U	Z	p
11,000	-,325	0,84 (>0,05)

Auf der Basis vorliegenden statistischen Ergebnisse muss die Hypothese *H1a*: „BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend häufiger als Nicht-Betroffene unter schweren körperlichen Erkrankungen gelitten“ *abgelehnt* werden und die Gleichverteilungsannahme als gegeben gelten.

## 8.2 H1<sub>b</sub>: BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend häufiger als Nicht-Betroffene unter schweren psychischen Erkrankungen gelitten.

**Itemanalyse zu der Frage: „Gab es in Ihrer Kindheit/Jugend schwerwiegende psychische Belastungen (z.B. den Tod eines Angehörigen, Trennung der Eltern, Probleme in der Schule, Lernstörungen, Mobbing durch Gleichaltrige, Drogenprobleme usw.)?“**

In der Befragung über das Vorkommen schwerwiegender psychischer Belastungen in der Kindheit konnten *keine* signifikanten Unterschiede zwischen den BIID-Betroffenen und den Kontrollpersonen gefunden werden ( $\chi^2(1,0; 1, N = 72) = 0,000$ ). Tabelle 7 zeigt zwischen den untersuchten Gruppen eine gleiche Verteilung der Häufigkeiten.

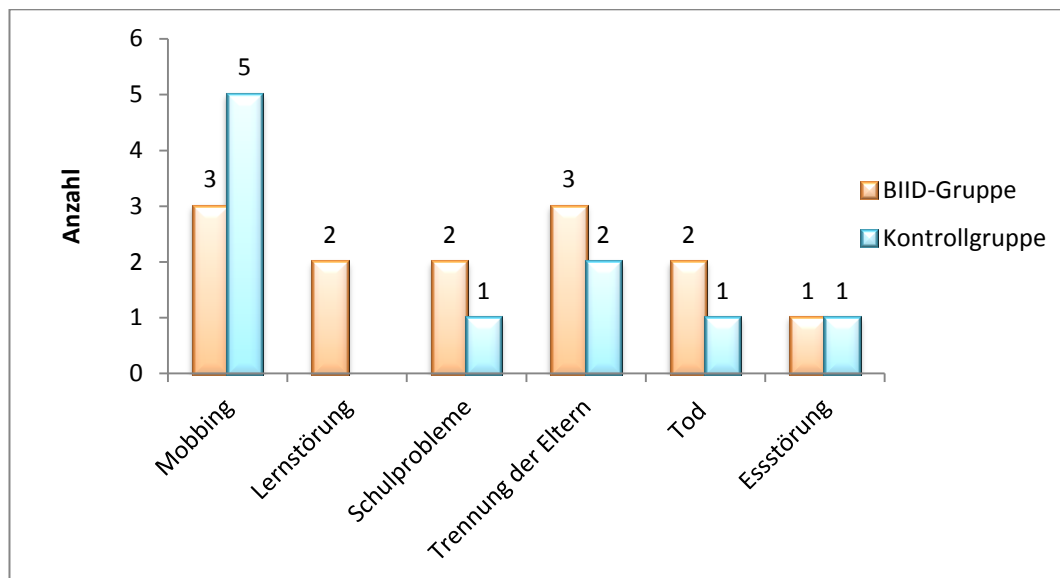
Tabelle 7

*Dargestellt ist ein Vier-Felder-Tafel zur Berechnung des Chi-Quadrats für das nominalskalierte Item "Gab es in Ihrer Kindheit/Jugend schwerwiegende psychische Belastungen (z.B. den Tod eines Angehörigen, Trennung der Eltern, Probleme in der Schule, Lernstörungen, Mobbing durch Gleichaltrige, Drogenprobleme usw.)?"*

		BIID-Gruppe	Kontrollgruppe	Gesamt
Anzahl	Ja	9	9	18
Residuen		,0	,0	
Anzahl	Nein	27	27	54
Residuen		,0	,0	
Anzahl	Gesamt	36	36	72

### **Itemanalyse zu dem Item: „Art der psychischen Belastung“**

Aus den offenen Angaben der Befragten zur Art der in der Kindheit erlebten psychischen Belastung ergaben sich sechs Kategorien. Abbildung 5 zeigt dazu die Verteilung der Nennungen in der Gruppe der BIID-Betroffenen und der Kontrollpersonen.



**Abb. 5** Darstellung der jeweiligen Anzahl an Nennungen zu erlebten, psychischen Belastungen in der Kindheit/Jugend ( $n_{BIID} = 13$ ,  $n_{Kontroll} = 10$ )

### **Itemanalyse zu der Frage: „Ausmaß der psychischen Belastung“**

Sofern das vorangegangene Item zum Vorkommen psychischer Erkrankungen in der Kindheit bejaht wurde, wurde dieses Item präsentiert. Die analysierten Mittelwertunterschiede des Summenscores der Itemabstufungen zur Bewertung des Ausmaßes der psychischen Belastung waren *nicht* signifikant (siehe Tab. 8)

Tabelle 8

*Dargestellt ist die deskriptive Statistik und die Ergebnisse der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung der verglichenen Gruppen zum Item-Summenscore (min. = 4,0, max. = 40,0) aus: „Ausmaß der psychischen Belastung“. Erklärung der Abkürzungen wie oben.*

10%(1) - 20%(2) - 30%(3) - 40%(4) - 50%(5) - 60%(6) - 70%(7) - 80%(8) - 90%(9) - 100%(10)		
	<i>n</i>	<i>M (±SE)</i>
BIID-Gruppe	9	11,33 (3,31)
Kontrollgruppe	9	10,89 (2,67)
	<i>U</i>	<i>Z</i>
	38,000	-,222
		<i>p</i>
		0,82 (>0,05)

***Itemanalyse zum Item: „ ‚Alter‘ in dem die genannte psychische Belastung auftrat“***

Aus den offenen Nennungen zum Alter des Vorkommens der berichteten psychischen Belastung konnten keine aussagekräftigen Kategorien gebildet werden. Tabelle 9 bildet deshalb die jeweiligen Nennungen innerhalb der verglichenen Gruppen ab, sowie ihre Häufigkeit.

Tabelle 9

*Aufgezeigt wurden die jeweiligen Nennungen (Anzahl) der offen zu beantwortenden Items zum Alter (von/bis) der vorgekommenen, psychischen Belastung in der Kindheit/Jugend*

Item-Nennungen (Anzahl)	
BIID-Gruppe (n = 18)	Kontrollgruppe (n = 15)
1 bis 21 (1)	0 bis 16 (1)
3 oder 4 (1)	3 bis 5 (1)
4 (1)	5 (2)
4 bis 18 (1)	7 bis 10 (1)
6 (1)	8 bis 16 (1)
6 bis 16 (1)	9 bis 13 (1)
6 bis 18 (1)	11 bis 16 (1)
6 bis 19 (2)	12 bis 16 (1)
7 bis 10 (1)	12 bis 19 (1)
7 bis 12 (1)	13 bis 17 (1)
7 bis 18 (1)	13 bis 18 (1)
8 bis 11 (1)	17 (1)
8 bis 13 (1)	70 (1)
18 bis 30 (1)	
30 bis 50 (1)	
Grundschule (2)	

***Itemanalyse zu der Frage: "Wurde in Ihrer Kindheit eine psychische Erkrankung durch einen Arzt oder Therapeuten behandelt?"***

Ebenso ergibt die Testung über in der Kindheit und Jugend stattgefundenene Behandlungen psychischer Erkrankungen *keine* signifikanten Unterschiede zwischen BIID- und Kontrollgruppe ( $\chi^2_{(1,0; 1, N = 72)} = ,000$ ). Tabelle 10 bildet die Häufigkeitsverteilungen in Form einer Vier-Felder-Tafel ab.



Tabelle 10

*Dargestellt ist eine Vier-Felder-Tafel zur Berechnung des Chi-Quadrats für das nominalskalierte Item: „Wurde in Ihrer Kindheit eine psychische Erkrankung durch einen Arzt oder Therapeuten behandelt?“*

		BIID-Gruppe	Kontrollgruppe	Gesamt
Anzahl	Ja	3	2	5
Residuen		0,5	-0,5	
Anzahl	Nein	33	34	67
Residuen		-0,5	0,5	
Anzahl	Gesamt	36	36	72

***Itemanalyse zu: „Geben Sie dazu bitte nähere Auskunft zur ‚Art‘ der behandelten, psychischen Erkrankung“***

Items zur Befragung „behandelter psychischer Erkrankungen“ mussten aufgrund von Unvollständigkeit aus einer näheren Auswertung ausgeschlossen werden. Der prozentuale Anteil der Beantwortungen zu diesem Item betrug in der Gruppe der BIID-Betroffenen 8% (3 Angaben). Hier wurden folgende Angaben gemacht: „*Enuresis*“, „*1 mal da*“, „*Essstörung*“. In der Kontrollgruppe wurde das Item von 5% (2 Angaben) der Kontrollpersonen beantwortet. Hier gab man an: „*Wurde mir nie genannt*“, „*Behebung des Hörschadens*“.

Die Daten weiterer Items, die sich an das Item: „*Wurde in Ihrer Kindheit eine psychische Erkrankung durch einen Arzt oder Therapeuten behandelt?*“ angeschlossen haben, mussten ebenso aufgrund unzureichender Datenmenge und zu großer Heterogenität der Angaben von der Auswertung ausgeschlossen werden, als dass daraus wesentliche Erkenntnisse hätten gewonnen werden können. Die nicht in eine explizitere Auswertung eingeflossenen Items waren:

*– „Geben Sie dazu bitte nähere Auskunft zum ‚Alter‘, in dem die psychische Erkrankung behandelt wurde“*

-„Geben Sie dazu bitte nähere Auskunft über die Art der Behandlung („Arzt“, „Psychotherapeut“, „sowohl als auch“, „andere Profession“)

-„Geben Sie dazu bitte nähere Auskunft über die ‚Dauer‘ der Behandlung

Lediglich 5% der BIID-Betroffenen ( $n = 36$ ) machten Angaben zum Alter, 8% der BIID-Betroffenen und 5% der Kontrollpersonen ( $n = 36$ ) über die Art der behandelnden Profession.

Insgesamt wurde mehrheitlich angegeben (4 von 5 Angaben), sowohl von einem Arzt also auch von einem Psychotherapeuten behandelt worden zu sein. Nur eine Kontrollperson gab an, von einem Arzt behandelt worden zu sein.

Angaben zur Dauer der Behandlung sind dementsprechend auch nicht auswertbar. Insgesamt liegen die 5 Angaben zwischen 3 und 36 Wochen.

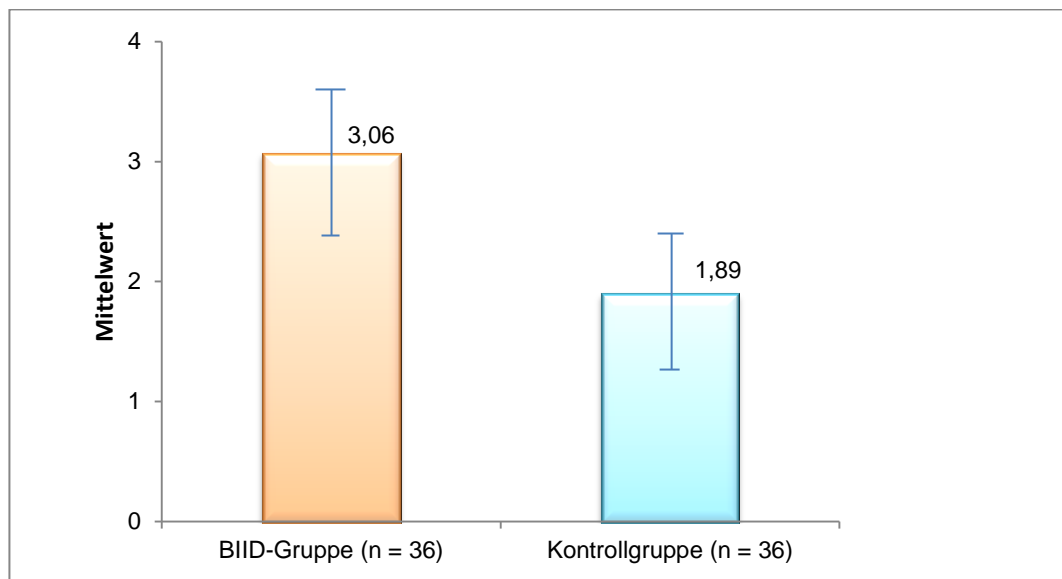
Aufgrund der einzelnen, nicht signifikanten Ergebnisse der Einzel-Item-Analysen muss die Hypothese *H1b*: „BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend häufiger als Nicht-Betroffene unter schweren psychischen Erkrankungen gelitten“ abgelehnt werden.

**8.3 H1<sub>c</sub>: BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend mehr Erfahrungen mit schweren körperlichen Erkrankungen/Behinderung gemacht als Nicht-Betroffene, sei es an sich selbst oder anderen Personen.**

***Itemanalyse zu der Frage: „Wie viele körperlich behinderte/erkrankte Menschen bzw. Menschen mit Hilfsmitteln wie Orthesen/ Prothesen/ Rollstuhl/ Krücken usw. befanden sich in Ihrer Kindheit/Jugend in Ihrem Umfeld?“***

Die Befunde der Testung quantitativer Erfahrung bzw. der Anzahl behinderter Menschen im Umfeld zu Kindheitstagen der Befragten zeigen *signifikante* Unterschiede zwischen den BIID-Betroffenen und der

Kontrollgruppe ( $U = 399,000$ ;  $Z = -2,885$ ;  $p = 0,004$  ( $p < 0,01$ )) (siehe Abb. 6).

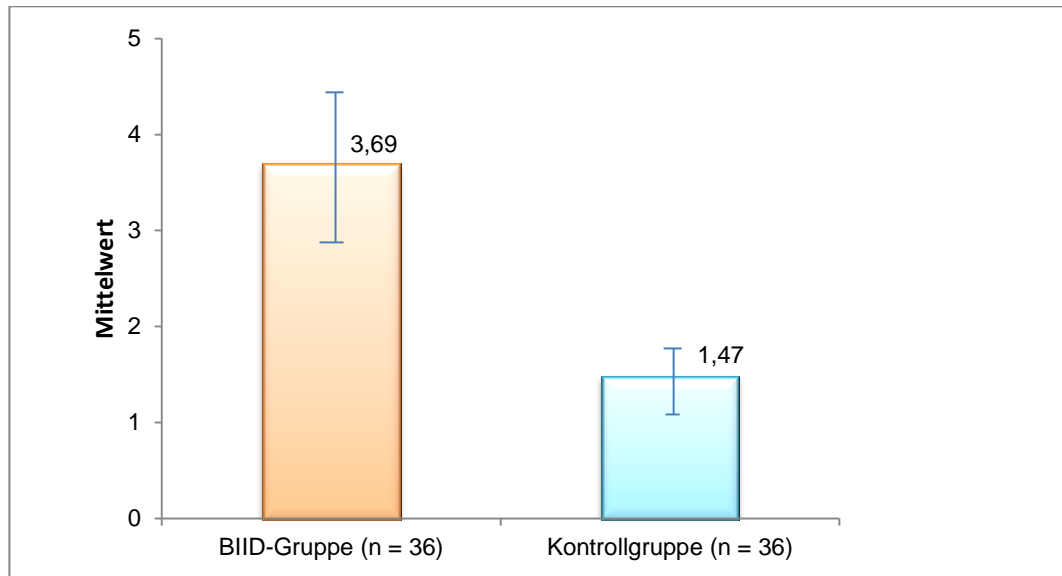


**Abb. 6** Darstellung der signifikanten Unterschiede in den Gruppenmittelwerten ( $\pm SE$ ) hinsichtlich des Items „Wie viele körperlich behinderte/erkrankte Menschen bzw. Menschen mit Hilfsmitteln wie Orthesen/ Prothesen/ Rollstuhl/ Krücken usw. befanden sich in Ihrer Kindheit/Jugend in Ihrem Umfeld?“ (bewertet wurde das Item über die Angabe rationaler Zahlen;  $M_{BIID} = 3,06 \pm 0,62$ ,  $M_{Kontroll} = 1,89 \pm 0,56$ )

**Itemanalyse zu der Frage: „Bestimmen Sie bitte die Anzahl an Personen in Ihrem Umfeld zu Kindheits- und Jugendzeiten, mit folgenden körperlichen Behinderungen“<sup>7</sup>**

Die Testung des Summenscores der Itemabstufungen („Amputation“, „Lähmung“, „Blindheit“, „Taubheit“, „andere“) ergab *signifikante* Mittelwertunterschiede bezüglich der Anzahl spezifisch behinderter Personen im Umfeld der Befragten zu Kindheits- und Jugendtagen (siehe Abb. 7).

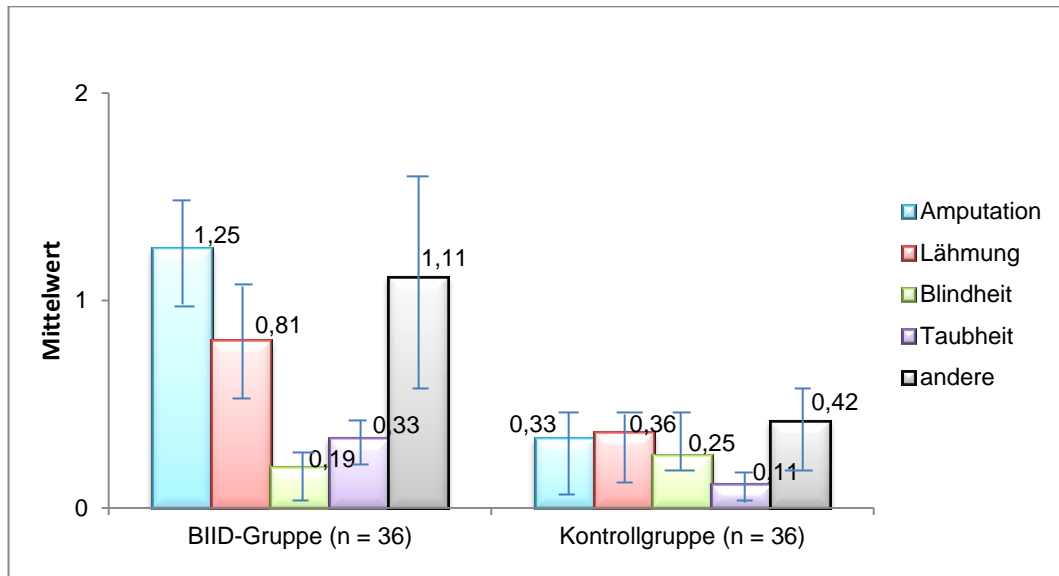
<sup>7</sup> Amputation, Lähmung, Blindheit, Taubheit, andere



**Abb.7** Darstellung der signifikanten Unterschiede in den Gruppenmittelwerten ( $\pm SE$ ) hinsichtlich des Summenscores des Items „Bestimmen Sie bitte die Anzahl an Personen in Ihrem Umfeld zu Kindheits- und Jugendzeiten, mit folgenden körperlichen Behinderungen<sup>8</sup>.“ (bewertet wurde das Item über die Angabe rationaler Zahlen;  $M_{BIID} = 3,69 \pm 0,75$ ,  $M_{Kontroll} = 1,47 \pm 0,41$ )

Die Analyse der jeweiligen Itemabstufungen zeigte, dass für die Stufe „Amputierte“ *signifikante* Mittelwertunterschiede in den erhobenen Stichproben bestanden ( $U = 396,000$ ,  $Z = -3,322$ ,  $p < 0,01$ ) (siehe Abb. 8).

<sup>8</sup> Amputation, Lähmung, Blindheit, Taubheit, andere



**Abb. 8** Darstellung der signifikanten Unterschiede in den Gruppenmittelwerten ( $\pm SE$ ) hinsichtlich der Itemabstufungen zur „Anzahl spezifisch behinderter Personen im Umfeld“ der Befragten zu Kindheitstagen (Amputation:  $M_{\text{BIID}} = 1,25 \pm 0,27$ ,  $M_{\text{Kontroll}} = 0,33 \pm 0,14$ ; Lähmung:  $M_{\text{BIID}} = 0,81 \pm 0,30$ ,  $M_{\text{Kontroll}} = 0,36 \pm 0,11$ ; Blindheit:  $M_{\text{BIID}} = 0,19 \pm 0,10$ ,  $M_{\text{Kontroll}} = 0,25 \pm 0,11$ ; Taubheit:  $M_{\text{BIID}} = 0,33 \pm 0,14$ ,  $M_{\text{Kontroll}} = 0,11 \pm 0,07$ ; andere:  $M_{\text{BIID}} = 1,11 \pm 0,57$ ,  $M_{\text{Kontroll}} = 0,42 \pm 0,20$ )

Die Ergebnisse der Signifikanztestung für die Itemabstufungen „Lähmung“, „Blindheit“, „Taubheit“ und „andere“ können in Tabelle 11 eingesehen werden.

Tabelle 11

Abgebildet wurde die Teststatistik der einzelnen nicht signifikanten Itemabstufungen „Lähmung“, „Blindheit“, „Taubheit“, „andere“. Gezeigt werden der Mann-Whitney-U-Wert (U), Z-Wert (Z) und der asymptotische p-Wert des Ergebnisses (p).

	Lähmung	Blindheit	Taubheit	andere <sup>a</sup>
<i>U</i>	590,500	628,500	591,000	570,000
<i>Z</i>	-,797	-,351	-1,118	-1,116
<i>p</i>	0,43 ( <b>&gt;0,05</b> )	0,73 ( <b>&gt;0,05</b> )	0,26 ( <b>&gt;0,05</b> )	0,26 ( <b>&gt;0,05</b> )

<sup>a</sup> Genannt wurden hier z.B. von BIID-Betroffenen: „Klumpfuß“, „Robbengliedrigkeit eines Nachbarjungen (rechte Hand/Arm)“, „Reversed Feet“, „Träger von Orthesen“; von Kontrollpersonen z.B. „Trisomie 21“, „spastische Lähmung“

***Itemanalyse zur Bewertung des Verhältnisses zu den „angegebenen behinderten Personen aus dem Umfeld“ und den „angegebenen spezifisch behinderten Personen aus dem Umfeld“***

Die Analyse zu möglichen Unterschieden in der Bewertung des Verhältnisses zu körperlich behinderten Personen aus dem Umfeld in der Kindheit ergab *keine* signifikanten Mittelwertunterschiede in den Summenscores der Items ( $U = 276,000$ ;  $Z = -,924$ ;  $p = 0,36 (> 0,05)$ ) (siehe Tab. 12).

Tabelle 12

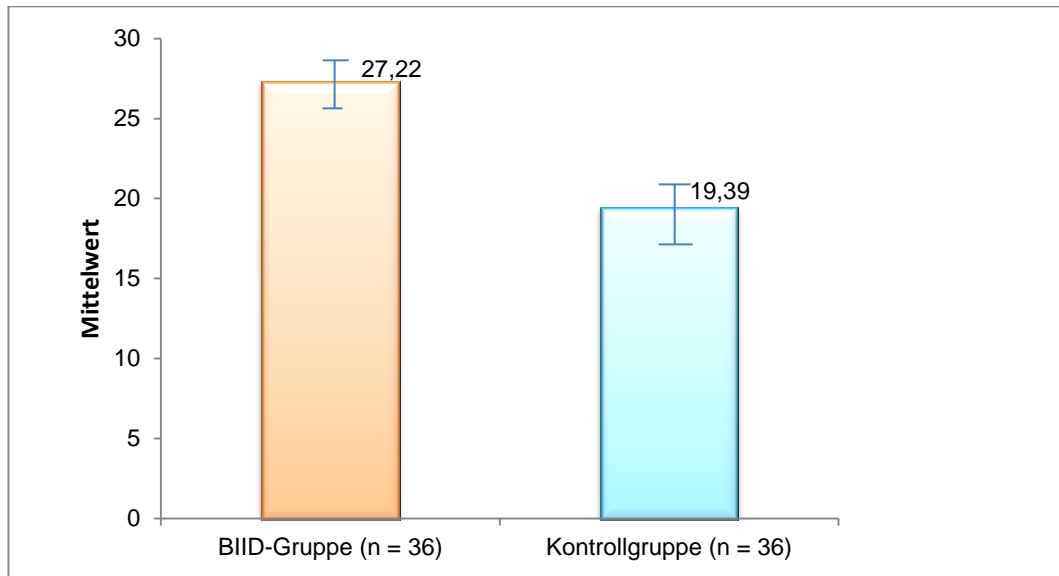
Dargestellt ist die deskriptive Statistik und die Ergebnisse der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung der verglichenen Gruppen zum Item-Summenscore (min. = -9,0, max. = 99,0) bezüglich der Bewertung des Verhältnisses zu „angegebenen behinderten Personen aus dem Umfeld“ und den „angegebenen spezifisch behinderten Personen aus dem Umfeld“: Der Cronbachs‘-„ $\alpha$ “-Koeffizient wurde berechnet zur Validierung der Bildung eines Summenscores der Itemsstufen. Erklärung der Abkürzungen wie oben.

nicht zutreffend (-1) <sup>9</sup> - eher sehr negativ (-50)(1) - (-40)(2) - (-30)(3) - (-20)(4) - (-10)(5) - 0(6) - (+10)(7) - (+20)(8) - (+30)(9) - (+40)(10) - eher sehr positiv(+50)(11)			
		<i>n</i>	<i>M</i> ( $\pm$ SE)
BIID-Gruppe		31	29,42 $\pm$ 2,59
Kontrollgruppe		21	28,86 $\pm$ 4,42
$\alpha$	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
.86	276,000	-,924	<b>0,36 (&gt;0,05)</b>

**Itemanalyse zu der Frage: „Wie stark haben Sie in Ihrer Kindheit Behinderungen mit negativen/positiven Aspekten assoziiert?“**

Die Auswertung der Fragestellung, wie die Befragten „Behinderung“ als Kind auf einem Kontinuum von „sehr negativ“ bis „sehr positiv“ bewerteten, ergab *signifikante* Mittelwertunterschiede im Summenscore der Itemabstufungen ( *U* = 348,500, *Z* = -3,385, *p* < 0,01) (siehe Abb. 9).

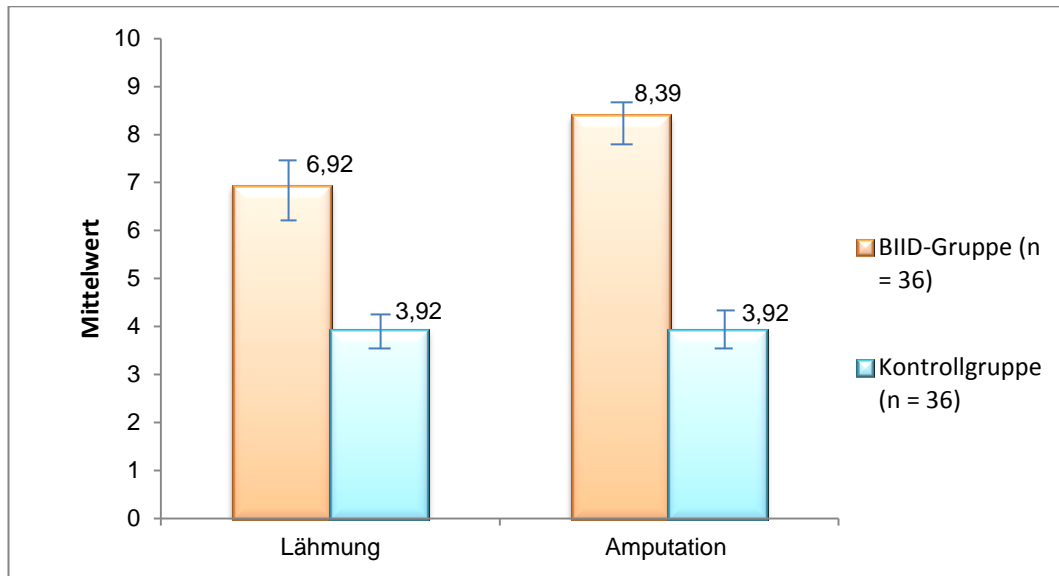
<sup>9</sup> Für den Fall, dass die bewertende Person im Item zuvor angegeben hat, *keine* behinderte Person zu kennen, sollte bei der Beurteilung des Verhältnisses „nicht zutreffend“ angegeben werden.



**Abb. 9** Darstellung der signifikanten Unterschiede in den Gruppenmittelwerten ( $\pm SE$ ) aus dem Item-Summenscore der Itemabstufungen zu: „Wie stark haben Sie in Ihrer Kindheit Behinderungen mit negativen/positiven Aspekten assoziiert?“ (bewertet wurden auf einer Ratingskala von negativ (-50)(1) - (-40)(2) - (-30)(3) - (-20)(4) - (-10)(5) - 0(6) - (+10)(7) - (+20)(8) - (+30)(9) - (+40)(10) - eher sehr positiv(+50)(11); min. = 5,0, max. = 55,0;  $M_{BIID} = 27,22 \pm 1,54$ ,  $M_{Kontroll} = 19,39 \pm 1,47$ )

Die Signifikanzanalyse der einzelnen Itemabstufungen ergab bei den Variablen „Lähmung“ und „Amputation“ *signifikante* Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen ( $U_{Lähmung} = 320,500$ ,  $Z = -3,743$ ,  $p < 0,01$ ;  $U_{Amputation} = 140,000$ ,  $Z = -5,814$ ,  $p < 0,01$ ) (siehe Abb. 10).





**Abb. 10** Darstellung der signifikanten Unterschiede in den Gruppenmittelwerten ( $\pm SE$ ) hinsichtlich der Beurteilung der Variablen „Lähmung“ und „Amputation“ des Items „Wie stark haben Sie in Ihrer Kindheit Behinderungen mit negativen/positiven Aspekten assoziiert (bewertet wurde auf einer Skala von negativ (-50)(1) - (-40)(2) - (-30)(3) - (-20)(4) - (-10)(5) - (0)(6) - (+10)(7) - (+20)(8) - (+30)(9) - (+40)(10) - positiv (+50)(11); min. = 1,0, max. = 11,0; „Lähmung“:  $M_{BIID} = 6,92 \pm 0,57$ ;  $M_{Kontroll} = 3,92 \pm 0,32$ ; „Amputation“:  $M_{BIID} = 8,39 \pm 0,47$ ;  $M_{Kontroll} = 3,92 \pm 0,33$ )

Die nicht-signifikanten Testergebnisse der Itemabstufungen „Blindheit“, „Gehörlosigkeit“ und „geistige Behinderung“ werden in Tabelle 13 aufgeführt.

Tabelle 13

Abgebildet wurde die Teststatistik der einzelnen nicht signifikanten Itemabstufungen. Gezeigt werden der Mann-Whitney-U-Wert ( $U$ ), Z-Wert ( $Z$ ) und der asymptotische  $p$ -Wert des Ergebnisses ( $p$ ).

<b>Blindheit</b>		$n$	$M (\pm SE)$	
	BIID-Gruppe	36	4,22 $\pm$ 0,52	
	Kontrollgruppe	36	3,75 $\pm$ 0,40	
		$U$	$Z$	$p$
		605,000	-0,500	<b>0,62 (&gt;0,05)</b>
<b>Gehörlosigkeit</b>		$n$	$M (\pm SE)$	
	BIID-Gruppe	36	4,22 $\pm$ 0,47	
	Kontrollgruppe	36	4,06 $\pm$ 0,37	
		$U$	$Z$	$p$
		636,000	-0,139	<b>0,90 (&gt;0,05)</b>
<b>geistige Behinderung</b>		$n$	$M (\pm SE)$	
	BIID-Gruppe	36	3,47 $\pm$ 0,44	
	Kontrollgruppe	36	3,75 $\pm$ 0,36	
		$U$	$Z$	$p$
		566,500	-0,951	<b>0,34 (&gt;0,05)</b>

Die Itemanalysen zur Hypothese  $H_{1c}$ : „BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend mehr Erfahrungen mit schweren körperlichen Erkrankungen/Behinderung gemacht als Nicht-Betroffene, sei es an sich selbst oder anderen Personen“ ergaben hoch signifikante Unterschiede in den untersuchten Gruppen. Diese lagen eindeutig hinsichtlich quantitativer Erfahrungen im Sinne der Anzahl bekannter, behinderter Personen im Umfeld vor. In Bezug auf die Bewertung der emotionalen Beziehung zu diesen Personen zeigte sich ein hoch signifikanter und ein non-signifikanter Befund. Auf der vorliegenden statistischen Grundlage kann die Hypothese  $H_{1c}$ : „BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend mehr Erfahrungen mit schweren körperlichen Erkrankungen/Behinderung gemacht als Nicht-Betroffene, sei es an sich selbst oder anderen

Personen“ vor allem hinsichtlich des quantitativen Erfahrungsaspekts als bestätigt gelten.

#### **8.4 H2: BIID-Betroffene sind in ihrer Kindheit/Jugend bei Erkrankungen häufiger mit sekundärem Krankheitsgewinn belohnt worden als Nicht-Betroffene.**

*Itemanalyse zu den Fragen: „Hatten Sie in Ihrer Kindheit/Jugend das Gefühl, anders sein zu müssen, um die Aufmerksamkeit und Zuneigung anderer zu erhalten?“ und „Wenn Sie als Kind/ Jugendliche(r) krank waren: haben Sie sich dann von Ihrer Mutter, Ihrem Vater und Ihren Großeltern mehr oder weniger umsorgt und geliebt gefühlt?“*

Die Untersuchung möglicher Gruppenunterschiede hinsichtlich der Fragestellung, ob die Teilnehmer als Kind oder Jugendlicher das Gefühl hatten, anders sein zu müssen, um Aufmerksamkeit und Zuneigung durch ihr Umfeld zu bekommen, ergab *keine* signifikanten Mittelwertunterschiede (siehe Tab. 14). Bei dem vorliegenden Wert von  $p = 0,07$  kann jedoch von einem Trend ausgegangen werden.

Die Auswertung des Summenscores und der Itemabstufungen (Stufen „Mutter“, „Vater“, „Großeltern“) zur Frage, sich mehr geliebt gefühlt zu haben, wenn man als Kind krank war, ergab auch *keine* signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen der Gruppe der BIID-Betroffenen und der Kontrollgruppe (siehe Tab. 14).

Tabelle 14

Dargestellt ist die deskriptive Statistik, der asymptotische p-Wert der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung der verglichenen Gruppen zu den Items (Summenscore und Itemsstufen) und die jeweilige Rating-Skala: Erklärung der Abkürzungen wie oben.

Frage	$M \pm SE_{BID}$	$M \pm SE_{Kontrolle}$	U-Test
Hatten Sie in Ihrer Kindheit/Jugend das Gefühl, anders sein zu müssen, um die Aufmerksamkeit und Zuneigung anderer zu erhalten? <sup>a</sup> :	4,14 ±0,56	3,06 ±0,54	p= 0,065 n.s.
gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr oft 100(10)			
Wenn Sie als Kind/ Jugendliche(r) krank waren: haben Sie sich dann von Ihrer Mutter, Ihrem Vater und Ihren Großeltern mehr oder weniger umsorgt und geliebt gefühlt?			
Summenscore <sup>a</sup>	23,75 ±0,86	23,19 ±0,91	p= 0,83 n.s.
Mutter	8,67 ±0,31	8,39 ±0,37	p= 0,76 n.s.
Vater	7,44 ±0,33	7,47 ±0,36	p= 0,69 n.s.
Großeltern	7,64 ±0,33	7,33 ±0,39	p= 0,86 n.s.
weniger (-50)(1) - (-40)(2) - (-30)(3) - (-20)(4) - (-10)(5) - (0)(6) - (+10)(7) - (+20)(8) - (+30)(9) - (+40)(10) - mehr (+50)(11)			

<sup>a</sup> min. = 3,0, max. = 33,0

**Itemanalyse zu der Frage: „Haben Sie als Kind erfahren, dass Menschen mit Behinderung oder Krankheit mehr Aufmerksamkeit und Zuneigung erhalten?“**

In der Signifikanztestung konnten *keine* signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den untersuchten Stichproben nachgewiesen werden (siehe Tab. 15)

Tabelle 15

*Dargestellt ist die Ratingskala, deskriptive Statistik und Ergebnisse der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung der verglichenen Gruppen des Items „Haben Sie als Kind erfahren, dass Menschen mit Behinderung oder Krankheit mehr Aufmerksamkeit und Zuneigung erhalten?“*

	gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr oft 100(10)		
	<i>n</i>	<i>M (±SE)</i>	
BIID-Gruppe	36	3,78 ±0,50	
Kontrollgruppe	36	2,81 ±0,36	
	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	543,000	-1,250	<b>0,21 (&gt;0,05)</b>

***Itemanalyse zu der Frage: „Haben Ihnen Ihre Eltern und Großeltern das Gefühl gegeben, Ihre Geschwister mehr zu lieben?“***

Die Untersuchung des Summenscores der Itemabstufungen hat *keine* signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppe der BIID-Betroffenen und der parallelisierten Kontrollgruppe ergeben. Bei der Signifikanztestung der einzelnen Itemabstufungen („Mutter“, „Vater“, „Großeltern“) konnten *signifikante* Mittelwertunterschiede bei der Itemabstufung „Mutter“ aufzeigt werden (siehe Tab. 16).

Tabelle 16

Dargestellt ist die deskriptive Statistik, der asymptotische  $p$ -Wert der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung zwischen der Gruppe der BIID-Betroffenen ( $n= 26$ ) und der Kontrollgruppe ( $n= 29$ ) und die Ratingskala des geprüften Items

Frage	M $\pm$ SE <sub>BIID</sub>	M $\pm$ SE <sub>Kontroll</sub>	U-Test
„Haben Ihnen Ihre Eltern und Großeltern das Gefühl gegeben, Ihre Geschwister mehr zu lieben?“			
Summenscore <sup>a</sup>	6,12 $\pm$ 0,83	5,69 $\pm$ 0,95	$p = 0,30$ n.s.
Mutter	2,77 $\pm$ 0,50	1,90 $\pm$ 0,45	$p = 0,03$ *
Vater	1,77 $\pm$ 0,24	1,90 $\pm$ 0,37	$p = 0,64$ n.s.
Großeltern	1,58 $\pm$ 0,26	1,90 $\pm$ 0,43	$p = 0,74$ n.s.
gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr oft 100(10)			

<sup>a</sup> min. = 3,0, max. = 30

Zur Prüfung der Hypothese  $H_2$ : „BIID-Betroffene sind in ihrer Kindheit/Jugend bei Erkrankungen häufiger mit sekundärem Krankheitsgewinn belohnt worden als Nicht-Betroffene“ konnte hinsichtlich der Frage, ob die Befragten als Kind das Gefühl hatte, dass die Geschwister von der Mutter mehr geliebt worden sind als man selbst, ein signifikanter Befund gemacht werden. Außerdem ließ sich ein Trend dahingehend nachweisen, dass die BIID-Betroffenen eher als die Kontrollpersonen angaben, als Kind das Gefühl gehabt zu haben, anders sein zu müssen, um Aufmerksamkeit und Zuneigung durch das Umfeld zu erhalten. Da die Analyse der Summenscores und die der meisten Itemabstufungen keine signifikanten Mittelwertunterschiede aufzeigten, kann die Hypothese zum sekundären Krankheitsgewinn vorerst *nicht als bestätigt* gelten.

### 8.5 H3<sub>a</sub>: BIID-Betroffene haben in Ihrer Kindheit mehr maladaptives Elternverhalten in Form von emotionaler Vernachlässigung erfahren, als Nicht-Betroffene.

**Itemanalyse zu der Frage: „Haben Sie das Gefühl, als Kind von Ihren Eltern eher gehasst oder eher geliebt worden zu sein?“**

Die Analyse sämtlicher Items und Summenscores der Itemabstufungen zur Signifikanzprüfung der Hypothese über emotionale Vernachlässigung als Gemeinsamkeit BIID-Betroffener, konnte *keine signifikanten Mittelwertunterschiede* zur Kontrollgruppe aufzeigen (siehe Tab. 17)

Tabelle 17

*Dargestellt ist der Cronbachs' Alpha-Koeffizient (bei Summenscores aus verschiedenen Items), die deskriptive Statistik, der asymptotische p-Wert der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung zwischen der Gruppe der BIID-Betroffenen (n= 36) und der Kontrollgruppe (n= 36) und die Ratingskalen der geprüften Items*

Frage	$\alpha$	M $\pm$ SE <sub>BIID</sub>	M $\pm$ SE <sub>Kontroll</sub>	U-Test
„Haben Sie das Gefühl, als Kind von Ihren Eltern eher gehasst oder eher geliebt worden zu sein?“				
Summenscore (min. =2,0, max. =22,0)	0,76	18,31 $\pm$ 0,58	18,83 $\pm$ 0,64	p = 0,32 n.s.
Mutter		9,28 $\pm$ 0,37	9,58 $\pm$ 0,34	p = 0,47 n.s.
Vater		9,03 $\pm$ 0,32	9,25 $\pm$ 0,33	p = 0,51 n.s.
gehasst (-50)(1) - (-40)(2) - (-30)(3) - (-20)(4) - (-10)(5) - (0)(6) - (+10)(7) - (+20)(8) - (+30)(9) - (+40)(10) - geliebt (+50)(11)				
„Wie viel Zuneigung haben Sie als Kind/Jugendliche(r) durch andere Menschen erhalten?“		6,64 $\pm$ 0,47	7,25 $\pm$ 0,43	p = 0,37 n.s.
gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr viel 100(10)				

Frage	$\alpha$	M $\pm$ SE <sub>BILD</sub>	M $\pm$ SE <sub>Kontroll</sub>	U-Test
„Wurde Ihnen als Kind/Jugendliche(r) gute Leistung (etwa in der Schule) anerkannt?“		8,17 $\pm$ 0,44	8,17 $\pm$ 0,40	p = 0,75 n.s.
gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr oft 100(10)				
„Wurden Sie für schlechte Leistungen bestraft?“		4,28 $\pm$ 0,54	2,97 $\pm$ 0,36	p = 0,11 n.s.
gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr oft 100(10)				
„Meine Eltern haben mir das Gefühl vermittelt...“		8,69 $\pm$ 0,37	8,86 $\pm$ 0,38	p = 0,60 n.s.
nichts wert zu sein (-50)(1) - (-40)(2) - (-30)(3) - (-20)(4) - (-10)(5) - (0)(6) - (+10)(7) - (+20)(8) - (+30)(9) - (+40)(10) - sehr wertvoll zu sein (+50)(11)				
„In Abwesenheit Ihrer Eltern: Waren Sie als Kind/Jugendliche(r) dann zumeist...“		1,81 $\pm$ 0,16	1,94 $\pm$ 0,20	p = 0,84 n.s.
versorgt (z. B. untergebracht bei Verwandten) (1) - unbetreut aber versorgt (2) - unbetreut und unversorgt (3) - es kam nie vor, dass Ihre Eltern Sie alleine gelassen haben (4)				
Summenscore (min. =2,0, max. =20,0) aus				
„Wie viel Zuneigung haben Ihre Eltern Ihnen in der Kindheit gegeben?“	0,83	24,67 $\pm$ 1,14	25,81 $\pm$ 1,26	p = 0,23 n.s.
„Wie sehr haben Sie sich bei Ihren Eltern geborgen gefühlt?“				
gar keine/nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr viel/geborgen 100(10)				
Summenscore (min. =3,0, max. =33,0) aus				
„Haben Ihre Eltern Ihre Interessen und Hobbies gefördert?“				
„Haben Ihre Eltern gemeinsam mit Ihnen Unternehmungen gemacht?“	0,87	22,44 $\pm$ 1,35	22,33 $\pm$ 1,30	p = 0,90 n.s.
„Sind Ihre Eltern bei der Gestaltung gemeinsamer Aktivitäten auf Ihre Interessen als Kind/Jugendliche(r) eingegangen?“				
gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - stets/voll und ganz 100(10)				



Frage	$\alpha$	M $\pm$ SE BILD	M $\pm$ SE Kontroll	U-Test
<i>Summenscore</i> (min. =3,0, max. =33,0) aus				
<i>„Haben Sie sich als Kind und Jugendliche (r) abgelehnt gefühlt?“</i>				
<i>„Haben Sie sich als Kind und Jugendliche(r) gewünscht, mehr Aufmerksamkeit und Zuneigung zu erhalten?“</i>	0,83	23,36 $\pm$ 2,21	22,00 $\pm$ 2,45	p = 0,38 n.s.
<i>„Wurden Sie als Kind/Jugendliche(r) von Ihren Eltern dafür bestraft, nicht so zu sein, wie Ihre Eltern es sich gewünscht hatten (etwa "falsche" Interessen zu haben, unsportlich zu sein etc.“</i>				
gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr oft 100(10)				
<i>Summenscore</i> (min. =2,0, max. =20,0) aus				
<i>„Wurden Sie als Kind und Jugendliche(r) mit Ihren Problemen alleine gelassen?“</i>	0,75	10,31 $\pm$ 0,81	9,11 $\pm$ 0,82	p = 0,31 n.s.
<i>„Wurden Ihre Eltern aufmerksam, wenn es Ihnen nicht gut ging (etwa, weil Sie traurig waren)?“<sup>a</sup></i>				
niemals 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - ständig 100(10)				
<i>Summenscore</i> (min. =2,0, max. =20,0) aus				
<i>„Wenn Sie als Kind/Jugendliche(r) etwas falsch gemacht haben: Wurde Ihnen daraufhin jedwede Zuwendung und Beachtung von Ihren Eltern verwehrt?“</i>	0,93	5,97 $\pm$ 0,84	4,50 $\pm$ 0,59	p = 0,52 n.s.
<i>„Haben Ihre Eltern Sie als Kind/Jugendliche(r) damit bestraft, Ihnen keine Zuwendung und Aufmerksamkeit mehr zu schenken?“</i>				
gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr oft 100(10)				

<sup>a</sup> dieses Item wurde umgepolt

Frage	$\alpha$	M $\pm$ SE <sub>BIID</sub>	M $\pm$ SE <sub>Kontroll</sub>	U-Test
<i>Summenscore</i> (min. =9,0, max. =90,0) aus				
„Kam es in Ihrer Kindheit/Jugend vor, dass Sie mit „Schlägen“ bestraft wurden?“	0,7	23,64 $\pm$ 1,83	24,02 $\pm$ 2,21	p = 0,57 n.s.
„Kam es in Ihrer Kindheit/Jugend vor, dass Sie "verprügelt" wurden?“				
„Haben Sie in Ihrer Kindheit/Jugend an sich selbst sexuellen Missbrauch erfahren?“				
niemals 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr oft 100(10)				

Auf der Grundlage der durchgeführten signifikanzstatistischen Analysen und Häufigkeitsverteilungen ist davon auszugehen, dass BIID-Betroffene in ihrer Kindheit nicht häufiger als Nicht-Betroffene unter maladaptivem Elternverhalten in Form von emotionaler Vernachlässigung gelitten haben. Deshalb muss die Hypothese H<sub>3a</sub>: „BIID-Betroffene haben in Ihrer Kindheit mehr maladaptives Elternverhalten in Form von emotionaler Vernachlässigung erfahren, als Nicht-Betroffene“ *abgelehnt werden* und die Gleichverteilungsannahme als gegeben gelten.

### **8.6 H<sub>3b</sub>: BIID-Betroffene haben in Ihrer Kindheit mehr maladaptives Elternverhalten in Form von Überprotektion erfahren, als Nicht-Betroffene.**

***Itemanalyse zu der Frage: „Wurden Sie von Ihren Eltern stets zur Selbstständigkeit erzogen?“***

Die Datenanalyse dieses Items ergab *keine* signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den untersuchten Gruppen (siehe Tab. 18).

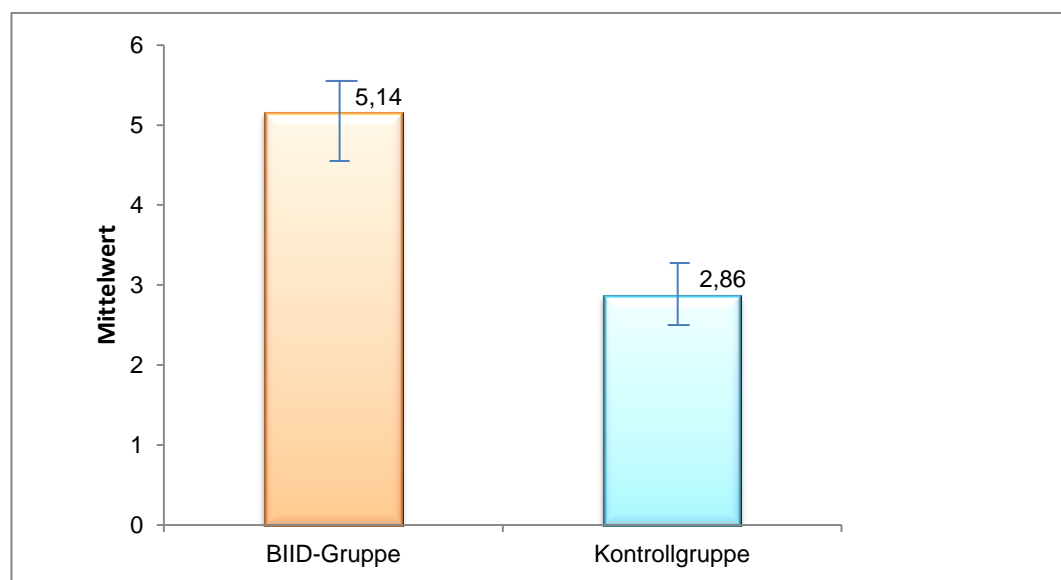
Tabelle 18

Dargestellt ist die Ratingskala, deskriptive Statistik und Ergebnisse der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung der verglichenen Gruppen zum Item: „Wurden Sie von Ihren Eltern stets zur Selbstständigkeit erzogen?“

niemals 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - ständig100(10)		
	<i>n</i>	<i>M</i> ( $\pm$ SE)
BIID-Gruppe	36	7,86 $\pm$ 0,40
Kontrollgruppe	36	8,28 $\pm$ 0,42
	<i>U</i>	<i>Z</i>
	572,000	-,869
		<i>p</i>
		<b>0,39 (&gt;0,05)</b>

**Itemanalyse zu der Frage: „Hatten Ihre Eltern den Anspruch an Sie, in dem, was Sie als Kind/Jugendlich(r) taten, perfekt zu sein?“**

Die Auswertung des untersuchten Items konnten *signifikante* Mittelwertunterschiede zwischen den befragten BIID-Betroffenen und Kontrollpersonen zeigen ( $U = 365,000$ ,  $Z = -3,226$ ,  $p < 0,01$ ) (siehe Abb. 11).



**Abb. 11** Darstellung der signifikanten Unterschiede in den Gruppenmittelwerten ( $\pm$ SE) hinsichtlich der Beurteilung des Items „Hatten Ihre Eltern den Anspruch an Sie, in dem, was Sie als Kind/Jugendlich(r) taten, perfekt zu sein?“ (bewertet wurde auf einer Ratingskala von „gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr oft 100(10)“;  $M_{BIID} = 5,14 \pm 0,51$ ;  $M_{Kontroll} = 2,86 \pm 0,35$ ).

**Itemanalyse zu der Frage: „Hat man Sie als Kind/Jugendliche(r) übermäßig behütet?“**

Die Signifikanztestung des Items zur Beurteilung übermäßiger Behütung in der Kindheit durch die Eltern konnte *keine* signifikanten Unterschiede in den Mittelwerten der Gruppen nachweisen (siehe Tab. 19).

Tabelle 19

*Dargestellt ist die Ratingskala, deskriptive Statistik und Ergebnisse der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung der verglichenen Gruppen zum Item „Hat man Sie als Kind/Jugendliche(r) übermäßig behütet?“*

	niemals 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - ständig 100(10)		
	<i>n</i>	<i>M (±SE)</i>	
BIID-Gruppe	36	4,03 ±0,46	
Kontrollgruppe	36	4,03 ±0,48	
	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
	644,500	-,040	<b>0,97 (&gt;0,05)</b>

**Itemanalyse des Summenscore aus den Items: „Wurde Ihr Umgang mit anderen Kindern und Jugendlichen von Ihren Eltern bestimmt und kontrolliert?“, „Wurden Sie in Ihrer Kindheit und Jugend pedantisch von Ihren Eltern kontrolliert?“, „Wurden Sie als Kind/Jugendliche(r) in allem was Sie taten korrigiert?“ und „Wurden Sie als Kind/Jugendliche(r) bei der Gestaltung Ihrer Freizeit von Ihren Eltern bevormundet?“**

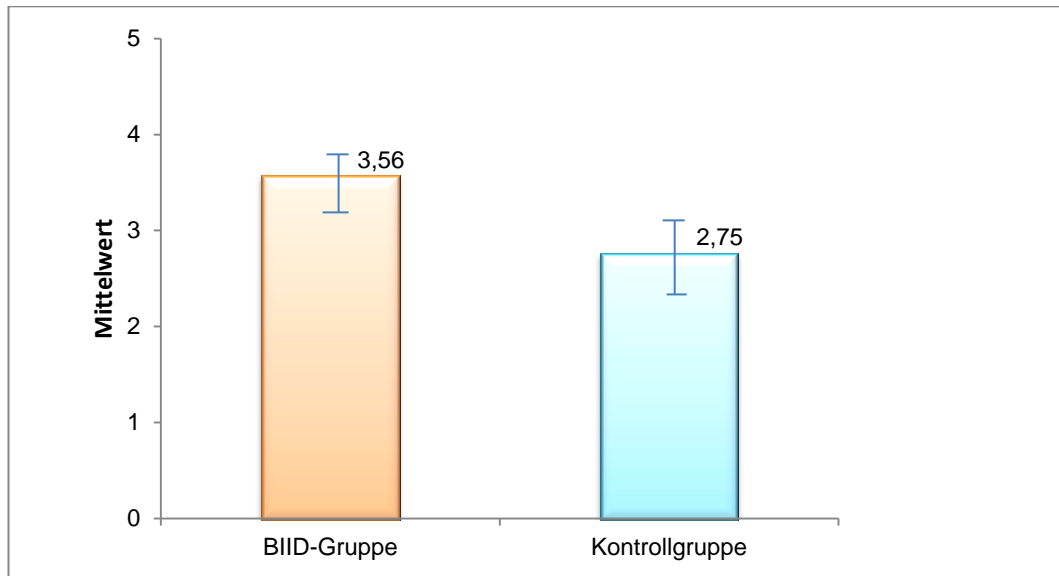
Aus der signifikanzstatistischen Auswertung des Summenscores der Items resultierten *keine* signifikanten Mittelwertunterschiede (siehe Tab. 20).

Tabelle 20

Dargestellt ist die Ratingskala, deskriptive Statistik und Ergebnisse der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung der verglichenen Gruppen zum Item-Summenscore (min. = 4,0, max. = 40,0) aus den Items „Wurde Ihr Umgang mit anderen Kindern und Jugendlichen von Ihren Eltern bestimmt und kontrolliert?“, „Wurden Sie in Ihrer Kindheit und Jugend pedantisch von Ihren Eltern kontrolliert?“, „Wurden Sie als Kind/Jugendliche(r) in allem was Sie taten korrigiert?“ und „Wurden Sie als Kind/Jugendliche(r) bei der Gestaltung Ihrer Freizeit von Ihren Eltern bevormundet?“

gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr oft 100(10)			
	<i>n</i>	<i>M</i> ( $\pm$ SE)	
BIID-Gruppe	36	14,03 $\pm$ 1,24	
Kontrollgruppe	36	13,33 $\pm$ 1,06	
$\alpha$	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
0,76	634,000	-0,158	<b>0,88 (&gt;0,05)</b>

Die separate Analyse der Items zeigte in den Daten zum Item „Wurden Sie in Ihrer Kindheit und Jugend pedantisch von Ihren Eltern kontrolliert?“ *signifikante* Mittelwertunterschiede ( $U = 472,000$ ,  $Z = -2,020$ ,  $p = 0,04$ ) (siehe Abb.12).



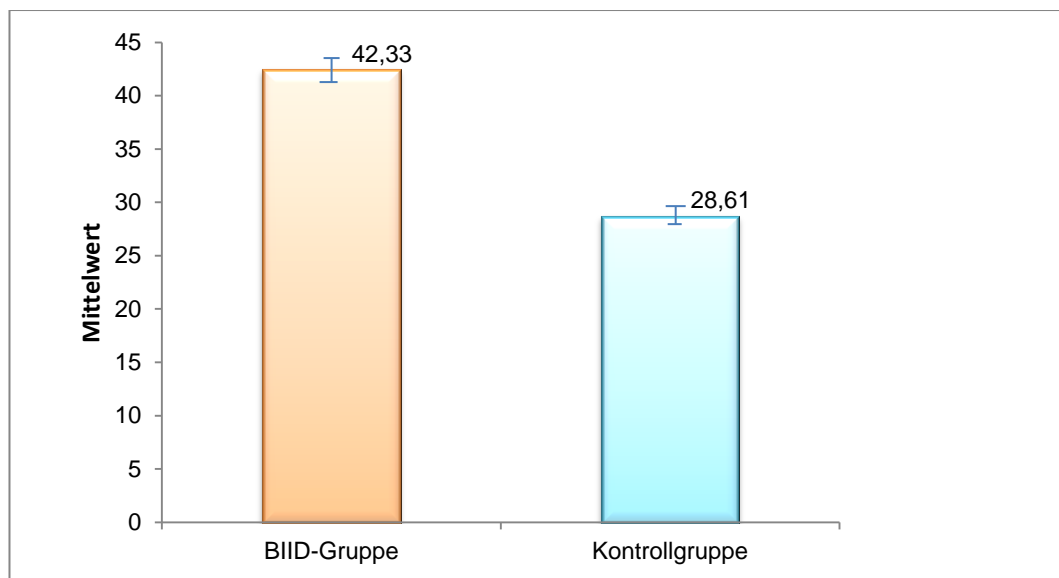
**Abb. 12** Darstellung der signifikanten Unterschiede in den Gruppenmittelwerten ( $\pm SE$ ) hinsichtlich der Beurteilung des Items „Wurden Sie in Ihrer Kindheit und Jugend pedantisch von Ihren Eltern kontrolliert?“ (bewertet wurde auf einer Ratingskala von gar nicht 0(1) - 10(2) - 20(3) - 30(4) - 40(5) - 50(6) - 60(7) - 70(8) - 80(9) - 90(9) - sehr oft 100(10);  $M_{BIID} = 3,56 \pm 0,32$ ;  $M_{Kontroll} = 2,75 \pm 0,36$ )

Die Signifikanzauswertung ergab bei drei von vier Items bzw. Item-Summenscores nicht-signifikante Ergebnisse. Zwei Auswertungen einzelner Items konnten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen nachweisen. Eindeutig konnte die Hypothese  $H_{3a}$ : „BIID-Betroffene haben in Ihrer Kindheit mehr maladaptives Elternverhalten in Form von Überprotektion erfahren, als Nicht-Betroffene“ *nicht bestätigt* werden. Vorläufig muss man von einer Gleichverteilung in der Population ausgehen.

### 8.7 H4: BIID-Betroffene bewundern Menschen mit auffälligen Attributen mehr als Menschen ohne BIID.

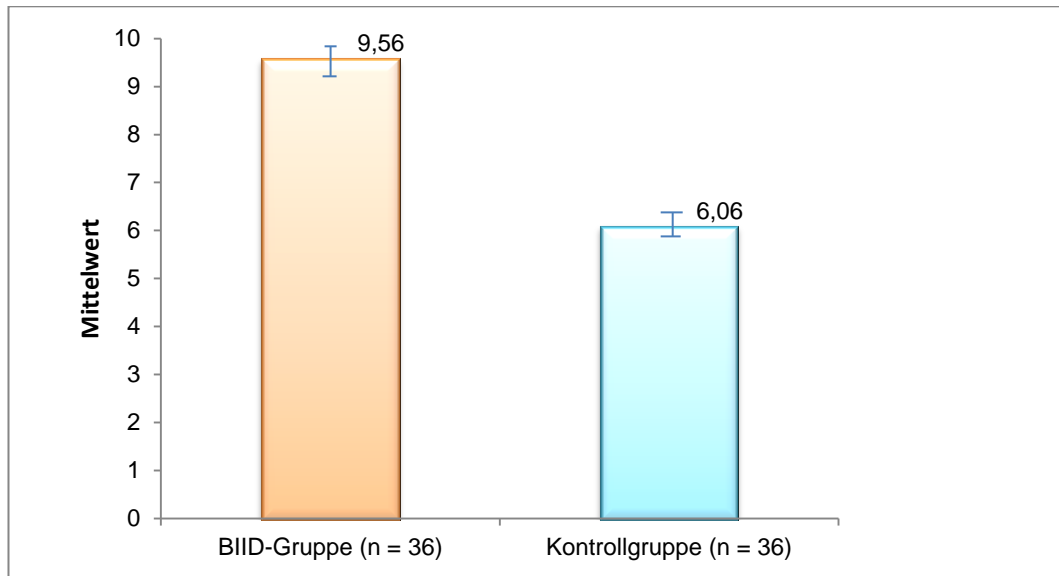
**Analyse des Summenscores der Itemsabstufungen:** „Wie empfinden Sie den Anblick von Personen mit folgenden Attributen: „stark übergewichtige Menschen“, „Menschen mit schwarzer Hautfarbe“, „Menschen mit Amputation“, „Menschen mit Down-Syndrom“, „Kleinwüchsige Menschen“, „Menschen mit einem Feuermal“ und „stark tätowierte und gepiercte Menschen“

Die Auswertung zum Item-Summscore der Itemsabstufungen wies *signifikante* Mittelwertunterschiede zwischen den gegenübergestellten Gruppen auf ( $U = 426,500$ ,  $Z = -2,499$ ,  $p = 0,01$  ( $<0,05$ )) (siehe Abb.13).



**Abb. 13** Darstellung der signifikanten Unterschiede in den Gruppenmittelwerten ( $\pm SE$ ) des Summenscores der Itemsabstufungen „Wie empfinden Sie den Anblick von Personen mit folgenden Attributen: „stark übergewichtige Menschen“, „Menschen mit schwarzer Hautfarbe“, „Menschen mit Amputation“, „Menschen mit Down-Syndrom“, „Kleinwüchsige Menschen“, „Menschen mit einem Feuermal“ und „stark tätowierte und gepiercte Menschen“ (bewertet wurde auf einer Ratingskala von abstoßend (-50)(1) - (-40)(2) - (-30)(3) - (-20)(4) - (-10)(5) - (0)(6) - (+10)(7) - (+20)(8) - (+30)(9) - (+40)(10) - faszinierend (+50)(11); min. = 7,0, max. = 77,0;  $M_{BIID} = 42,33 \pm 1,18$ ;  $M_{Kontroll} = 28,61 \pm 0,98$ )

Im Hinblick auf die einzelnen Itemsabstufungen konnten nur in den Daten zur Variablen „Menschen mit Amputation“ *signifikante* Unterschiede in den Mittelwerten nachgewiesen werden ( $U = 90,500$   $Z = -6,547$ ,  $p < 0,01$ ) (siehe Abb.14).



**Abb. 14** Darstellung der signifikanten Unterschiede in den Gruppenmittelwerten ( $\pm SE$ ) hinsichtlich der Itemabstufung „Wie empfinden Sie den Anblick von Personen mit folgenden Attributen: ‚Menschen mit Amputation‘.“ ( $M_{BIID} = 9,56 \pm 0,30$ ;  $M_{Kontroll} = 6,06 \pm 0,98$ )

Die nicht signifikanten Befunde der Analysen der übrigen Itemabstufungen wurden in Tabelle 21 aufgezeigt.

Tabelle 21

*Dargestellt ist die deskriptive Statistik, der asymptotische p-Wert der non-parametrischen Mann-Whitney-Testung zwischen der Gruppe der BIID-Betroffenen (n= 36) und der Kontrollgruppe (n= 36) und die Ratingskala des geprüften Items*

Frage	M $\pm$ SE <sub>BIID</sub>	M $\pm$ SE <sub>Kontrolle</sub>	U-Test
<i>Wie empfinden Sie den Anblick von Personen mit folgenden Attributen:</i>			
<i>stark übergewichtige Menschen</i>	3,75 $\pm$ 0,38	3,44 $\pm$ 0,25	p = 0,79 n.s.
<i>Menschen mit schwarzer Hautfarbe</i>	6,58 $\pm$ 0,20	6,67 $\pm$ 0,24	p = 0,91 n.s.



Frage	M ± SE <sub>BIID</sub>	M ± SE <sub>Kontrolle</sub>	U-Test
<i>Menschen mit Down-Syndrom</i>	5,64 ± 0,29	5,92 ± 0,22	p = 0,65 n.s.
<i>Kleinwüchsige Menschen</i>	6,08 ± 0,33	6,56 ± 0,25	p = 0,25 n.s.
<i>Menschen mit einem Feuermal</i>	5,39 ± 0,24	5,69 ± 0,21	p = 0,51 n.s.
<i>stark tätowierte und gepiercte Menschen</i>	5,33 ± 0,47	4,28 ± 0,49	p = 0,66 n.s.
„abstoßend (-50)(1) - (-40)(2) - (-30)(3) - (-20)(4) - (-10)(5) - (0)(6) - (+10)(7) - (+20)(8) - (+30)(9) - (+40)(10) - faszinierend (+50)(11)“			

Die Analyse des Items zur Prüfung des Postulats einer generellen Bewunderung von BIID-Betroffenen „Menschen mit auffälligen Attributen“ hat für die Variable „Menschen mit Amputation“ hoch signifikante Mittelwertunterschiede ergeben. Hinsichtlich der übrigen Itemabstufungen wurden *keine statistisch bedeutsamen* Unterschiede zur Kontrollgruppe gefunden. Die nicht eindeutigen signifikanzstatistischen Auswertungen führen zur vorläufigen Ablehnung der Hypothese *H4*: „BIID-Betroffene bewundern Menschen mit auffälligen Attributen mehr als Menschen ohne BIID“.

## 9 Diskussion: Implikationen der hypothesenbezogenen Ergebnisse im Kontext der Forschungsfrage

Ziel dieser Untersuchung war es, auf der Grundlage der erhobenen Stichproben herauszufinden, ob BIID-Betroffenen, Erfahrungen in ihrer Kindheit und Jugend gemeinsam sind. Weiterführend sollten hier gewonnene Ergebnisse über Unterschiedlichkeiten zu Nicht-Betroffenen Personen dazu beitragen, Erkenntnisse zu psychologischen Ursachenfaktoren in der Entstehung der Phänomens BIID zu gewinnen.

### **9.1 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese $H1_a$ : „BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend häufiger als Nicht-Betroffene unter schweren körperlichen Erkrankungen gelitten“**

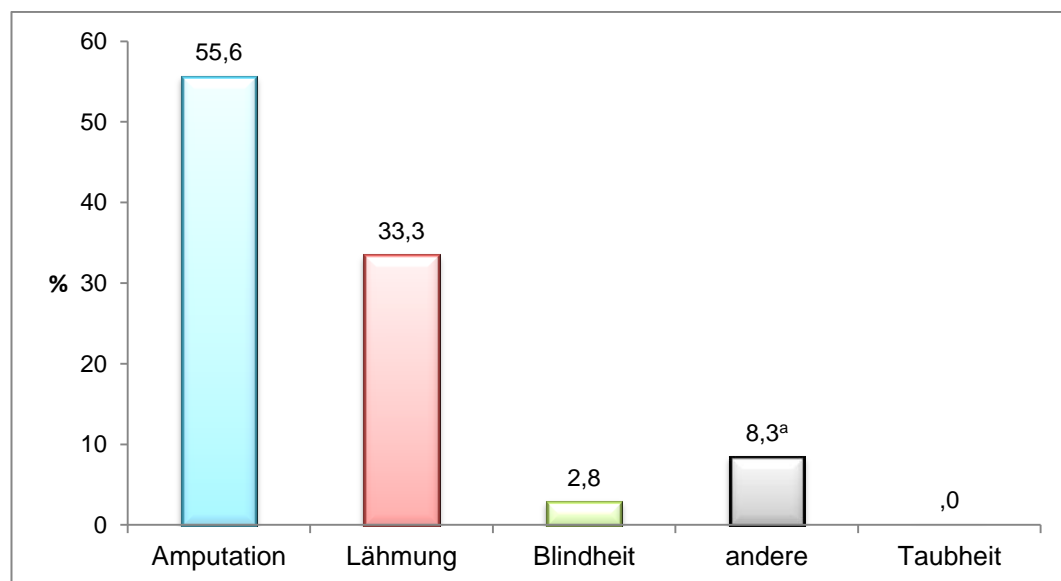
Die Ergebnisse zur Prüfung der Annahme, dass BIID-Betroffene in ihrer Kindheit häufiger als Nicht-Betroffene schwere physische Krankheiten erlebt haben, sind einheitlich nicht statistisch bedeutsam ausgefallen. Schwere körperliche Erkrankungen in der Kindheit/Jugend von BIID-Betroffenen haben sich nicht als Gemeinsamkeit BIID-Betroffener herausgestellt. Die Annahmen, dass in der Kindheit begründete Erkrankungen eines entsprechenden Körperteils, wie etwa dem rechten Bein, ursächlich für die Entwicklung des Wunsches nach z.B. der Amputation dieser Gliedmaße sein könnten, sind auf der Grundlage dieser Befunde nicht zu bestätigen.

### **9.2 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese $H1_b$ : „BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend häufiger als Nicht-Betroffene unter schweren psychischen Erkrankungen gelitten“**

Die Ergebnisse zur Prüfung der Annahme der angegebenen Hypothese sind im Hinblick auf möglichen Unterschiede zwischen den befragten BIID-Betroffenen und einer nach Alter und Geschlecht parallelisierten Kontrollgruppe einheitlich nicht statistisch bedeutsam ausgefallen. Frühe, psychische Erkrankungen als ein allen BIID-Betroffenen gemeinsamen Faktor bzw. als möglichen Ursachenfaktor von BIID zu deklarieren, konnte vor dem Hintergrund der hier erhobenen Daten nicht gelingen.

### 9.3 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese *H1c*: „BIID-Betroffene haben in der Kindheit und Jugend mehr Erfahrungen mit schweren körperlichen Erkrankungen/Behinderung gemacht als Nicht-Betroffene, sei es an sich selbst oder anderen Personen“

In Form hoch signifikanter Mittelwertunterschiede konnte deutlich werden, dass die befragten BIID-Betroffenen auf quantitativer Ebene mehr Erfahrungen mit Behinderung gemacht haben, als die Kontrollpersonen. Wie zu erwarten war, lagen hoch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Variablen „Amputation“ und „Lähmung“ vor, die ihrerseits die am häufigsten mit BIID in Verbindung stehenden Behinderungswünsche darstellen. Ein Zusammenhang zwischen den Befunden dieser Hypothese und dem spezifischen Behinderungswunsch ist demnach nicht auszuschließen. Die Auswertungen zu den Variablen „Blindheit“, „Gehörlosigkeit“ und „geistige Behinderung“ ergaben erwartungsgemäß keine bedeutsamen Unterschiede zur Kontrollgruppe (siehe Abb. 15).



**Abb. 15** Darstellung der prozentualen Anteile der Nennungen zu den spezifischen Behinderungswünschen innerhalb der Gruppe der BIID-Betroffenen ( $n = 36$ )

<sup>a</sup> Zwei der Befragten BIID-Betroffenen wählten keinen der im Fragebogen zur Auswahl stehenden Behinderungswünsche sondern wählten die Möglichkeit, in einem offenen Textfeld einen anderen auf sie zutreffenden Behinderungswunsch zu äußern. Genannt wurden: „Fußdeformierung“ und „angewiesen sein auf medizinische Hilfsmittel (Orthesen)“

Ob BIID-Betroffene in ihrer Kindheit/Jugend womöglich häufiger positive bzw. negative emotionale Erfahrungen mit Behinderung gemacht haben, konnte nicht klar beantwortet werden. Obgleich die Ergebnisse zu „kindlichen positiven oder negativen Assoziation mit Behinderung“ signifikant ausfielen, kommt auch hier die Frage auf, ob dieser Effekt auf den Einfluss der Variable „Behinderungswunsch“ zurückzuführen ist. Es ist anzunehmen, dass „Behinderung“ eher für BIID-Betroffene als für die Nicht-Betroffenen Kontrollpersonen einen salienten Reiz darstellt. Die ständige Auseinandersetzung mit Behinderung und dem Wunsch danach könnte auch ein besseres Erinnerungsvermögen der BIID-Betroffenen bedingt haben, sodass jene frühen Erfahrungen oder Begegnungen besser als von den Kontrollpersonen abgerufen werden konnten. Ähnlich könnte es sich mit der signifikanten Statistik des Items *„Wie stark haben Sie in Ihrer Kindheit Behinderungen mit negativen/positiven Aspekten assoziiert?“* verhalten haben. Die BIID-Betroffenen könnten bei der Beantwortung entweder ihre derzeitigen Einstellungen auf ihre damaligen adaptiert haben, oder sie sind, gemäß ihres Krankheitsmodells zu BIID, davon ausgegangen, dass ihre Einstellung als Kind so hätte gewesen sein müssen.

Da es bislang keine anderen Studien gibt, die die kindheitsbezogenen, quantitativen und qualitativen Erfahrungen BIID-Betroffener konkret untersucht haben, sollten tiefer reichende Untersuchungen dahingehend unternommen werden, diese Befunde zu bestärken und Zusammenhänge zwischen BIID und einem quantitativen und qualitativen Ausmaß an Erfahrungen mit Behinderung bzw. Versehrtheit aufzudecken.

#### **9.4 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese H2: „BIID-Betroffene sind in ihrer Kindheit/Jugend bei Erkrankungen häufiger mit sekundärem Krankheitsgewinn belohnt worden als Nicht-Betroffene“**

Konkrete Ergebnisse, die darauf schließen lassen, dass BIID-Betroffene als Kind/Jugendlich(r) häufiger als Nicht-Betroffene mit sekundärem

Krankheitsgewinn belohnt worden sind, konnten nicht gefunden werden. Bei der Frage, ob man als Kind oder Jugendliche(r) das Gefühl hätte, anders sein zu müssen, um Aufmerksamkeit und Zuneigung zu erhalten, konnte jedoch ein Trend festgestellt werden. Zukünftige Untersuchungen sollten deshalb die Aspekte „Aufmerksamkeit“, „Zuneigung“ usw. erneut in Augenschein nehmen. Der Trend könnte sich, entsprechend der in 2.2.1 und 2.2.3 postulierten Theorien zur Entstehung des Wunsches nach Versehrtheit, konkretisieren.

Trotzdem muss sekundärer Krankheitsgewinn als potentielle, psychologische Einflussvariable in der Entstehung des Wunsches nach Versehrtheit weitgehend ausgeschlossen werden.

### **9.5 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese *H3<sub>a</sub>*: „BIID-Betroffene haben in Ihrer Kindheit mehr maladaptives Elternverhalten in Form von emotionaler Vernachlässigung erfahren, als Nicht-Betroffene“**

Die Annahme emotionaler Vernachlässigung durch die Eltern als Gemeinsamkeit von BIID-Betroffenen, muss in Bezug auf die erhobenen Daten und Ergebnisse der Itemanalysen als sehr unwahrscheinlich betrachtet werden. Keine der Item-bezogenen Auswertungen ergab signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Auch Stirn et al. (2010) beziehen sich in ihrer Arbeit auf eine lebensgeschichtliche Anamnese von BIID-Patienten ( $n = \text{ca. } 30$ ), in der Hinweise darauf gegeben werden, dass die Eltern nicht ausreichend auf die Bedürfnisse und Wünsche der Kinder eingegangen sind (Stirn et al., S. 46f.). Weiter beschreiben Stirn et al. Beobachtungen biographischer Ähnlichkeiten. Diese beziehen sich auf Angaben eines beschäftigten, eher emotional distanzierten Vater und einer „präsenderen“ aber auch „passiv erlebten“ Mutter (Stirn et al., S. 13). Hinsichtlich der Frage, ob man sich von den Eltern eher gehasst oder geliebt gefühlt hat, konnte meine Studie Unterschiede in der Beurteilung zwischen „Vater“ und „Mutter“ zeigen; diese waren nicht signifikant, deuteten jedoch innerhalb der Gruppe BIID-

Betroffener Unterschiede an. Auf einer Skala von -50(1) („gehasst“) bis +50(11) („sehr geliebt“) wurde das Ausmaß entgegen gebrachter Liebe durch die Mutter ( $M_{BIID} = 9,28 \pm 0,37$ ) im Durchschnitt etwas höher eingeschätzt, als das des Vaters ( $M_{BIID} = 9,03 \pm 0,32$ ).

In weiterführenden Untersuchungen sollte der Aspekt mangelnden Entgegenbringens von Aufmerksamkeit, Zuwendung usw. (s.a. 9.4) durch das elterliche Verhalten nochmals betrachtet werden, um daraufhin möglicherweise zu deutlicheren Erkenntnissen konform der anamnestischen Daten, die Stirn et al. berichteten, und die in der Ereignischronologie einer Betroffenen rekonstruiert wurden, zu gelangen.

### **9.6 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese $H_{3b}$ : „BIID-Betroffene haben in Ihrer Kindheit mehr maladaptives Elternverhalten in Form von Überprotektion erfahren, als Nicht-Betroffene“**

Auf der Grundlage gefundener Ergebnisse zur Signifikanz, konnten zu Aspekten des „Perfektionsanspruchs“ und der „pedantischen Kontrolle“ im Zusammenhang mit einem überprotektiven Elternverhalten BIID-Betroffener signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe aufgezeigt werden. Allerdings lagen die Bewertungen der Items in beiden Gruppen im unteren Drittel der Ratingskala: Im Mittel bestand die Tendenz, auf einer Skala von „gar nicht 0(1)“ bis „sehr oft“ 100(11) „Perfektionsanspruch“ mit  $M_{BIID} = 5,14 \pm 0,51$  und „pedantische Kontrolle“ mit  $M_{BIID} = 3,56 \pm 0,32$  eher zu verneinen. Die Befunde widersprechen zwar der in 2.2.4 gemachten Annahme zur Überprotektion der Eltern; dennoch weisen die Ergebnisse der Itemanalysen zu Hypothese  $H_{3a}$  und  $H_{3b}$  auf Auffälligkeiten im Elternverhalten von BIID-Betroffenen hin. Die Frage, ob es sich dabei um eine Gemeinsamkeit innerhalb der Population BIID-Betroffener handelt, muss in zukünftiger Forschung weiterverfolgt werden.

### **9.7 Implikationen zum Ergebnis der Hypothese H4: „BIID-Betroffene bewundern Menschen mit auffälligen Attributen mehr als Menschen ohne BIID“**

Zur Klärung des Postulats, dass BIID-Betroffene generell dazu neigen „Andersartigkeit“ zu bewundern und sie sich deshalb eine „Behinderung“ als Form des „Andersseins“ wünschen, wurde das Item zur Beurteilung des Ausmaßes an Bewunderung für „Menschen mit auffälligen Attributen“ untersucht. Die Analyse der Itemabstufung „Menschen mit Amputation“ ergab erwartungsgemäß hoch signifikante Unterschiede in den Mittelwerten. Ein Zusammenhang zur Variable „Behinderungswunsch“ ist hierbei anzunehmen. Die daneben untersuchten Bewertungen „auffälliger Attribute“ zu „stark übergewichtigen Menschen“, „Menschen mit schwarzer Hautfarbe“, „Menschen mit Down-Syndrom“, „Kleinwüchsige Menschen“, „Menschen mit Feuermal“, „stark tätowiert/gepiercte Menschen“ wurde in beiden Gruppen eher neutral bewertet. Die Befunde geben Grund zu der Annahme, dass der BIID-Wunsch *nicht* unabhängig von der *Art* der Andersartigkeit zu sein scheint.

Zusammenfassend lässt sich anhand der Befunde der vorliegenden Arbeit vermuten, dass dahingehend Gemeinsamkeiten in den Lebenserfahrungen BIID-Betroffener bestehen, quantitativ mehr bzw. qualitativ intensivere Erfahrungen mit Versehrtheit gemacht zu haben als Nicht-Betroffene. In Anlehnung an die in 2.2.2 formulierten Theorien zur Entstehung des Wunsches nach Behinderung, könnten diese Erfahrungen „zu einer Veränderung des Körperschemas, ergo zu Veränderungen des Körperselbstbildes und der Entwicklung einer z.B. ‚Amputierten-Identität‘ geführt haben (..)“ (Oberholte, 2013). Um erste Ergebnisse in diese Richtung als mögliche Ursachen für BIID zu konsolidieren, sollten weitere Befragungen zu jüngsten Erfahrungen betrieben werden.

Ergebnisse zu sekundärem Krankheitsgewinn, elterlichem Erziehungsverhalten oder der generellen Bewunderung von

Andersartigkeit konnten auf Auffälligkeiten verweisen, wie in 9.4, 9.5, 9.7 dargelegt wurde.

Zur Kontrolle von Fehlerquellen durch selektive Aufmerksamkeit könnte man eine detailliertere Beschreibung der Erfahrungen (etwa der Bekanntschaften oder Begegnungen mit behinderten Personen) fordern, um die Verlässlichkeit der Aussagen zu prüfen. Daraufhin könnte eine qualitative Datenauswertung explorativen Mehrwert haben.

## 9.8 Allgemeiner Diskurs zur Untersuchung

Als eine Anmerkung zu der Fragebogenkonstruktion ist aufzuführen, dass die Items, in denen keine Antworten vorgegeben waren, Schwierigkeiten in der späteren Auswertung bereitet haben. Offene Nennungen, wie die zur „Dauer“ der in der Kindheit erlebten psychischen Erkrankung, mussten qualitative Auswertungsansätze vorgenommen werden.

Außerdem hat die Itemkonstruktion, mit der die Angabe mehrerer, zusammenhängender Informationen angestrebt wurde, zu vielen Missing-Data geführt. Dadurch wurde die ohnehin eingeschränkte statistische Auswertung dieser und ähnlicher Items beeinträchtigt. Andererseits blieb den Teilnehmern die Möglichkeit erhalten, viele Informationen anstatt einer vorgegeben Information mitzuteilen<sup>10</sup>. Im Fall der Forschung zu BIID ist es angemessen, den explorativen Charakter der Untersuchung gleichwertig zu behandeln.

In zukünftigen Untersuchungen ist es ratsam, Fragebogenitems präzise und nicht in Kombination mit anderen Items zu formulieren. Darüber hinaus würde die Datenauswertung effektiver werden, wenn man alle

---

<sup>10</sup> Ein Beispiel ist die Frage nach psychischen Belastungen in der Kindheit: hier konnte man maximal vier Angaben machen. An die Angabe war einerseits die Beantwortung folgender, daran geknüpfter Items gebunden, wie die Bewertung des Ausmaßes der Belastung, Angaben zum Alter und der Dauer.



Ratingskalen weitestgehend gleich skaliert. Korrelationsberechnungen wären in diesem Fall problemloser zu berechnen.

Bei retrospektiven Befragungen müssen generell einige Faktoren berücksichtigt werden, die sich auf die Validität und Reliabilität der Testung auswirken können. z.B. könnte es sein, dass beim Erinnern Quellen falsch attribuiert wurden.

Im Fall der BIID-Betroffenen könnte die in 9.3 beschriebene Salienz des Reizes „Behinderung“ beim Rückblick und der Beurteilung von Testfragen, wie die der emotionalen Erfahrungen mit behinderten Menschen, eine wichtige Rolle gespielt haben. Behinderung als salientes Objekt wird von den BIID-Betroffenen nicht nur intensiv erlebt; Behinderung erhält durch den spezifischen Behinderungswunsch auch bedürfnisbezogenen Charakter. Dieses sind Aspekte, die sich auf die Aufmerksamkeit und die Wahrnehmung, folglich auch auf die Erinnerungsfähigkeit und die Inhalte des Erinnerten auswirken.

Im Rahmen der Untersuchung konnte realisiert werden, BIID-Betroffene aus vermeintlich unterschiedlichen Kohorten (etwa innerhalb von Internetforen oder über privat Kontakte und Weitervermittlung) zu erreichen. Dies wirkte sich positiv auf die Größe der untersuchten Stichprobe von  $N = 72$  aus. Aus Gründen der Praktikabilität wurde der Fragebogenlink öffentlich zugänglich gemacht. Einen Beitrag zur Gewährleistung der Anonymität und einen positiven Einfluss auf die Rücklaufstatistik konnte auf dem Wege der Online-Befragung, im Gegensatz zur Paper-Pencil-Variante per Post, geleistet werden. Auf der anderen Seite haben sich Mängel in der Restriktion des Fragebogens ergeben, da der Link potentiell an jeden hätte weitergegeben werden können. Zudem hätte die Möglichkeit bestanden, den Fragebogen mehrfach über den Link zu erreichen und auszufüllen.

Auch ist mit einer online Befragung eine technische Abhängigkeit verbunden, wie die Funktionsfähigkeit des Servers, über den der Fragebogen abgerufen wird. Wartungsarbeiten oder andere technische

Gegebenheiten könnten verhindern, dass eine begonnene Befragung nach einer Störung von der Person weitergeführt wird bzw. weitergeführt werden kann.

Nachträglich konnte ich einen Fehler in der Formulierung eines Fragebogenitems feststellen. Es ist zu denken, dass diese Ungenauigkeit in der Fragebogenkonstruktion zu Verwirrungen geführt haben und eventuell auch zum Abbruch der Testung bei manchen Personen. In Zukunft sollten die erstellten Items genauer auf Fehler oder Formulierungen geprüft werden, um Irritationen zu vermeiden, die sich möglicherweise negativ auf die Stichprobengröße auswirken.

Unabhängig von der Frist der Bachelorarbeit, wird die Datenerhebung bis Anfang August fortgeführt. Daraus könnte sich eine größere Stichprobe ergeben, die zu Änderungen in den derzeitigen Befunden führen könnte.

Die Kommunikation mit den Betroffenen und die Auseinandersetzung mit deren "Krankheits"-Theorien und reflektierten Erklärungsversuchen, haben wesentliche Einsichten in ein Phänomen gebracht. Dieses können Außenstehende, wie die Forschenden, nur versuchen nachzuvollziehen, um auf dieser Grundlage Erkenntnisse zu gewinnen.

Viele Äußerungen von Betroffenen lassen die Wichtigkeit der Erforschung möglicher Einflüsse besonders ausgeprägter Bedürfnisse (Aspekte der Aufmerksamkeit, Anerkennung etc.) anklingen. Fokussiert konnten diese Punkte im Rahmen der Fragestellung zu Gemeinsamkeiten in der Kindheit und Jugend von BIID-Betroffenen nicht behandelt werden. Diesen Schwerpunkt sollte man sich in anschließenden Forschungen setzen. Nicht zuletzt könnte man anstreben, mögliche Gemeinsamkeiten in Kindheitserfahrungen zwischen „Wannabes“, „Pretenders“ und „Devotees“ zu untersuchen. Dies könnte im besten Fall zu konkreteren Differenzierungen der "BIID-Formen" führen.

Die Ergebnisse meiner Untersuchung festigen den Grund zu der Annahme, dass psychologisch begründete Ursachenfaktoren in der

Genese von BIID einen höheren Stellenwert zu haben scheinen, als andere an ihr beteiligte Faktoren. Aus dieser Erkenntnis heraus kann die Hoffnung geschöpft werden, eine geeignete psychotherapeutische Interventionsform zur Heilung vom drängenden und oft irrational erlebten Wunsch nach Versehrtheit (BIID) finden und anwenden zu können.

## Literaturverzeichnis

Asendorpf, J. B. (2007). *Psychologie der Persönlichkeit*. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Bayne, T., Levy, N. (2005). Amputees By Choice: Body Integrity Identity Disorder and the Ethics of Amputation. *Journal of Applied Philosophy*, 22(1), 75-86.

Bechstein, M. (2012). Körperkonzept – Körperschema - Körperbild. Abgerufen am 18.07.2013 von [http://www.mbechstein.de/reader\\_pm/theorie\\_themen/06\\_koerperkonzept.pdf](http://www.mbechstein.de/reader_pm/theorie_themen/06_koerperkonzept.pdf)

Blanke, O., Morgenthaler, F. D., Brugger, P., Overney, L. S. (2009). Preliminary evidence for a fronto-parietal dysfunction in able-bodied participants with a desire for limb amputation. *Journal of Neuropsychology*, 3, 181-200.

Blom, R. M., Hennekam, R. C., Denys, D. (2012). Body Integrity Identity Disorder. *PLoS ONE* 7(4): e34702. doi:10.1371/journal.pone.0034702

Brang, D., McGeoch, P. D., Ramachandran, V. S. (2008). Apotemnophilia: a neurological disorder. *Cognitive Neuroscience And Neuropsychology*, 19(13), 1305-1306.

Deegner, G., Körner, W. (2005). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*. Göttingen: Hogrefe.

First, M. B. (2005). Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder [Abstract]. *Psychological Medicine*, 35, pp 919-928. doi:10.1017/S0033291704003320.

Häcker, H. O., Stapf, K.-H. (Hrsg.) (2009). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. 15. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

- Hohl, J. (1993). Neurotischer Konflikt. In Mertens, W. (Hrsg.).  
Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse. Stuttgart: Verl. Internat.  
Psychoanalyse. 176-184.
- Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): Befragung von  
Betroffenen und Erklärungsansätze. *Fortschritte Neurologischer  
Psychiatrie*, 77, 16-24.
- Kasten, E. (2011). Beinlos glücklich. *Ergopraxis*, 3, 24-25.
- Kasten, E., Stirn, A. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID)  
wechselnder Amputationswunsch vom linken auf das rechte Bein.  
*Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(1), 55-61.
- Kriz, J. (2007). Grundkonzepte der Psychotherapie. 6. Vollständig  
überarbeitete Auflage. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz. 31- 33.
- Maslow, A. H. (1977). *Motivation und Persönlichkeit*. Heidelberg: Walter-  
Verlag.
- McGeoch, P. D., Brang, D., Song, T., Lee, R. R., Huang, M.,  
Ramachandran, V. S. (2009). Apotemnophilia – the Neurological Basis of  
a ‘Psychological’ Disorder. *Nature Precedings* :  
hdl:10101/npre.2009.2954.1 : Posted 17 Mar 2009
- Mück, H. (n.d.) zugegriffen am 04.07.13 [http://www.dr-  
mueck.de/HM\\_FAQ/sekundaerer-Krankheitsgewinn.htm](http://www.dr-mueck.de/HM_FAQ/sekundaerer-Krankheitsgewinn.htm)
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York. Zugegriffen  
am 05.07.2013 <http://archive.org/details/explorationsinpe031973mbp>
- Nieder, T.O., Richter-Apelt, H. (2009): Parallels and Differences between  
Gender Identity Disorder (GID) and Body Integrity Identity Disorder (BIID)  
and Implications for Research and Treatment of BIID. In: A. Stirn, A.  
Thiel & S. Oddo (Hrsg.): *Body Integrity Identity Disorder: Psychological,  
Neurobiological, Ethical and Legas Aspects*. Lengerich: Pabst Science  
Publishers (S. 133-139). New York: Georg Thieme Verlag.

- Noll, S. (2010). Integrity Identity Disorder (BIID)- *Kann eine Amputation/Operation Betroffenen langfristig helfen?* – Bachelorarbeit, Stiftung Universität Hildesheim, FB Erziehungs- und Sozialwissenschaften, Institut für Psychologie.
- Nuttin, J. (1984). *Motivation, Planning, and Action: A Relational Theory of Behavior Dynamics*. England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stangl, W. (2012). Krankheitsgewinn. Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Zugegriffen am 04.07.13  
<http://lexikon.stangl.eu/5493/krankheitsgewinn/>
- Stirn, A., Thiel, A., Oddo, S. (2010). *Body Integrity Identity Disorder (BIID)- Störungsbild, Diagnostik, Therapieansätze*. Basel: Beltz Verlag.

## Anhang A

Darstellung der nach Geschlecht und Alter parallelisierten Stichproben

BIID-Gruppe			Kontrollgruppe		
Fall-Nr.	Geschlecht	Alter	Fall-Nr.	Geschlecht	Alter
<b>481</b>	m	67	<b>798</b>	m	66*
<b>482</b>	m	47	<b>788</b>	m	47
<b>483</b>	m	61	<b>785</b>	m	61
<b>484</b>	m	49	<b>636</b>	m	49
<b>486</b>	m	57	<b>560</b>	m	57
<b>491</b>	m	33	<b>763</b>	m	33
<b>498</b>	m	62	<b>644</b>	m	62
<b>561</b>	m	37	<b>739</b>	m	37
<b>564</b>	m	30	<b>702</b>	m	30
<b>565</b>	m	52	<b>619</b>	m	52
<b>566</b>	m	50	<b>807</b>	m	50
<b>568</b>	m	49	<b>666</b>	m	49
<b>571</b>	m	58	<b>648</b>	m	58
<b>574</b>	m	48	<b>646</b>	m	48
<b>575</b>	m	43	<b>794</b>	m	43
<b>577</b>	w	41	<b>658</b>	w	42*

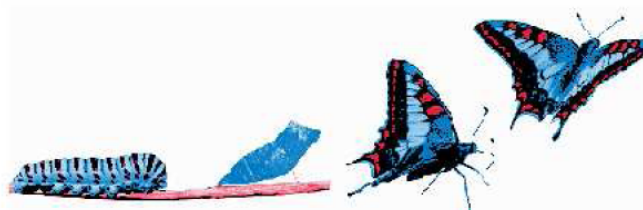
BIID-Gruppe			Kontrollgruppe		
Fall-Nr.	Geschlecht	Alter	Fall-Nr.	Geschlecht	Alter
580	m	59	801	m	58*
581	m	45	880	m	45
585	m	43	745	m	43
586	w	51	669	w	52*
592	m	57	871	m	57
596	m	35	732	m	34*
600	m	31	764	m	31
601	m	29	713	m	28*
602	m	30	651	m	30
603	m	59	865	m	59
606	m	21	737	m	22*
608	w	38	683	w	38
610	w	41	541	w	43*
615	m	36	747	m	36
616	m	62	767	m	62
645	m	49	803	m	49
647	m	58	551	m	58
653	m	48	814	m	50*
729	m	60	867	m	60
744	m	49	866	m	50*

*Anmerkungen.* m bezeichnet das männliche Geschlecht, w bezeichnet das weibliche Geschlecht. Die paarweise Zuordnung im Rahmen der Parallelisierung erfolgte nach Alter und Geschlecht. \* markiert das Vorliegen einer Altersabweichung +/- 1 bis 2 Jahren.



## Anhang B

### Der erstellte Fragebogen (BIID-Gruppen Version<sup>1</sup>)



#### **BIID-Ursachenforschung: Untersuchung der Lebensspanne Kindheit und Jugend**

Herzlich Willkommen,

im Folgenden werden Ihnen mehrere Fragen gestellt, zu denen wir Sie bitten, diese bestmöglich und aufrichtig zu beantworten. Ihre Anonymität wird in vollstem Maße respektiert und gewährleistet. Die erhobenen Daten haben ausschließlich Forschungszweck. Die Auswertung Ihrer Fragebögen dient einzig unserer Untersuchung zu den Ursachen eines als BIID bezeichneten Phänomens (Body Integrity Identity Disorder).

Wir vergleichen hier eine Gruppe Betroffener mit einer Gruppe von Personen, die hiervon nicht betroffen sind. Die Bestimmungen zum Datenschutz werden eingehalten. Lassen Sie sich Zeit zur Beantwortung dieses Fragebogens, da sich viele Fragen auf Ihre Kindheit und Jugend beziehen. Bitte achten Sie darauf, den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen, da er andernfalls nicht zur Auswertung genutzt werden kann.

Für Ihre Unterstützung an unserem Versuch der Aufklärung über das Phänomen BIID sind wir Ihnen sehr dankbar!

Mit freundlichen Grüßen  
Catharina Obernolte

Weiter

Catharina Obernolte, Medical School Hamburg - 2013

0% ausgefüllt

<sup>1</sup> Die BIID-Version und Kontrollgruppen-Version des erstellten Fragebogens lassen sich durch die Frage nach dem spezifischen Behinderungswunsch identifizieren. Bei der Kontrollgruppen-Version wird dies nicht abgefragt.

---

**1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an**

[Bitte auswählen]

**2. Bitte geben Sie Ihr Alter an**

Jahre

**3. Bitte geben Sie Ihren aktuellen Familienstand an**

[Bitte auswählen]

**4. Bitte geben Sie die Anzahl Ihrer absolvierten Ausbildungsjahre an (z. B. Grundschule +  
Gymnasium + Studium = 17 Jahre.)**

Anzahl absolvierter Ausbildungsjahre  Jahre

**5. Bitte geben Sie Auskunft über Ihre sexuelle Ausrichtung**

[Bitte auswählen]

**6. Welche Behinderungsform „wünschen“ Sie sich?**

- Amputation
- Lähmung
- Blindheit
- Taubheit
- andere

Weiter

1. Sind Ihnen schwere körperliche Erkrankungen, Unfälle, Operationen o.ä. bekannt, unter denen Sie als Kind gelitten haben oder haben Kinderkrankheiten einen außergewöhnlich schweren Verlauf gezeigt oder waren sie besonders häufig krank?

ja    nein  
   

Weiter

Catharina Obernolte, Medical School Hamburg - 2013

11% ausgefüllt

1. Geben Sie bitte nähere Auskunft über die „Art der körperlichen Erkrankung(en)“, Ihr „Alter“ in dem die jeweilige Erkrankung aufgetreten ist, die „Dauer der Erkrankung“ und das „Ausmaß körperlicher Einschränkung“.

bitte beschriften Sie *mindestens* die erste Zeile!

Art der körperlichen Erkrankung/en	Alter in Jahren	Dauer in Wochen	Ausmaß körperlicher Einschränkung in Prozent (0 = keine Belastung, 100 = maximal vorstellbare Belastung)											
			0%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

Catharina Obernolte, Medical School Hamburg - 2013

16% ausgefüllt

1. Gab es in Ihrer Kindheit/Jugend schwerwiegende psychische Belastungen (z. B den Tod eines Angehörigen, Trennung der Eltern, Probleme in der Schule, Lernstörungen, Mobbing durch Gleichaltrige, Drogenprobleme usw.)?

ja    nein  
   

Weiter

Catharina Obernolte, Medical School Hamburg - 2013

21% ausgefüllt

1. Geben Sie dazu bitte nähere Auskunft und beschriften Sie bitte *mindestens* die erste Zeile!

Ausmaß der Belastung in Prozent (0 = keine Belastung, 100 = maximal vorstellbare Belastung)

Art der psy. Belastung	Alter von bis	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

Catharina Obernolte, Medical School Hamburg - 2013

26% ausgefüllt

---

1. Wurde in Ihrer Kindheit eine psychische Erkrankung durch einen Arzt oder Therapeuten behandelt?

ja    nein  
   

Weiter

---

Catharina Obernolte, Medical School Hamburg - 2013

32% ausgefüllt

1. Geben Sie dazu bitte nähere Auskunft und beschriften Sie bitte *mindestens* die erste Zeile!

Art der psychischen Erkrankung	Alter in Jahren	Behandlung durch				Dauer der Behandlung (in Monaten)
		Arzt	Psycho-therapeut	sowohl als auch	andere Profession	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Weiter

---

Catharina Obernolte, Medical School Hamburg - 2013

37% ausgefüllt

**1. Wie viele körperlich behinderte/erkrankte Menschen bzw. Menschen mit Hilfsmitteln wie Orthesen/ Prothesen/ Rollstuhl/ Krücken usw. befanden sich in Ihrer Kindheit/Jugend in Ihrem Umfeld? Wie positiv/negativ war Ihr Verhältnis zu jenen Personen zumeist?**

Sollten sich *keine* behinderten Menschen in Ihrem Umfeld befunden haben, setzen Sie in alle Eingabefelder eine „0“ und geben Sie jeweils „nicht zutreffend“ neben der Skala an.

	Anzahl	Bewertung des Verhältnisses											nicht zutreffend
		eher sehr negativ					eher sehr positiv						
		-50	-40	-30	-20	-10	0	+10	+20	+30	+40	+50	
direkte Verwandte	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freunde	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulkameraden/ Arbeitskollegen	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachbarn/Bekannte	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**2. Bestimmen Sie bitte die Anzahl an Personen in Ihrem Umfeld zu Kindheits-und Jugendzeiten, mit folgenden körperlichen Behinderungen. Wie positiv/negativ war Ihr Verhältnis zu jenen Personen zumeist?**

Sollten sich *keine* behinderten Menschen in Ihrem Umfeld befunden haben, setzen Sie in alle Eingabefelder eine „0“ und geben Sie jeweils „nicht zutreffend“ neben der Skala an.

	Anzahl	Bewertung des Verhältnisses											nicht zutreffend
		eher sehr negativ					eher sehr positiv						
		-50	-40	-30	-20	-10	0	+10	+20	+30	+40	+50	
Amputation	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lähmung	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blindheit	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taubheit	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter



5. Wie viel Zuneigung haben Ihre Eltern Ihnen in der Kindheit gegeben?

	keine Zuneigung										sehr viel Zuneigung
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Wie sehr haben Sie sich bei Ihren Eltern geborgen gefühlt?

gar nicht geborgen										sehr geborgen
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter



---

1. Haben Sie sich als Kind und Jugendliche (r) abgelehnt gefühlt?

	gar nicht	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	sehr oft	100
Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Großeltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschwister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitschüler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lehrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Haben Sie als Kind erfahren, dass Menschen mit Behinderung oder Krankheit mehr Aufmerksamkeit und Zuneigung erhalten?

gar nicht	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	sehr oft	100
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Haben Sie sich als Kind und Jugendliche(r) gewünscht, mehr Aufmerksamkeit und Zuneigung zu erhalten?

gar nicht	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	sehr oft	100
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Wie viel Zuneigung haben Sie als Kind/Jugendliche(r) durch andere Menschen erhalten?

gar keine	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	sehr viel	100
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Wie viel Tage waren sie vergangenes Jahr krank?

Tage

Weiter

---

---

**1. In Abwesenheit Ihrer Eltern: Waren Sie als Kind/Jugendliche(r) dann zumeist**

- versorgt (z. B. untergebracht bei Verwandten)
- unbetreut aber versorgt
- unbetreut und unversorgt
- es kam nie vor, dass Ihre Eltern Sie alleine gelassen haben

**2. Wurden Sie als Kind und Jugendliche(r) mit Ihren Problemen alleine gelassen?**



**3. Wurden Ihre Eltern aufmerksam, wenn es Ihnen nicht gut ging (etwa, weil Sie traurig waren)?**



**4. Wurde Ihnen als Kind/Jugendliche(r) gute Leistung (etwa in der Schule) anerkannt?**

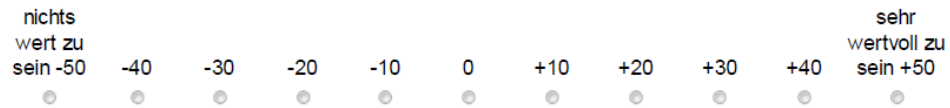


**5. Wurden Sie für schlechte Leistungen bestraft?**

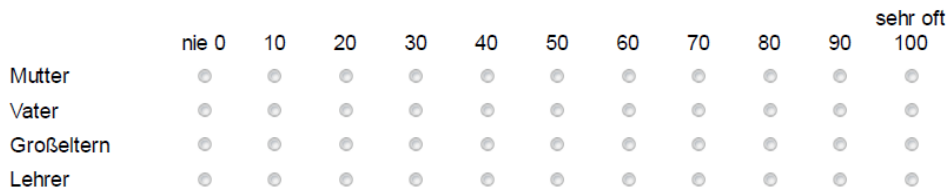


Weiter

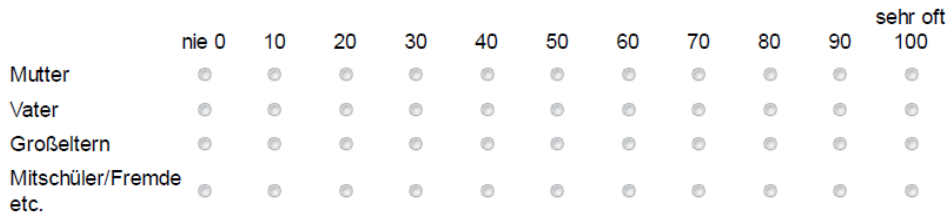
1. Meine Eltern haben mir das Gefühl vermittelt...



2. Kam es in Ihrer Kindheit/Jugend vor, dass Sie mit „Schlägen“ bestraft wurden?



3. Kam es in Ihrer Kindheit/Jugend vor, dass Sie „verprügelt“ wurden?



4. Haben Sie in Ihrer Kindheit/Jugend an sich selbst sexuellen Missbrauch erfahren?



Weiter

---

**1. Haben Sie Geschwister?**

ja    nein  
  

Weiter

---

Catharina Obernolte, Medical School Hamburg - 2013

68% ausgefüllt

1. Beurteilen Sie, welche Stellung Sie in einer fiktiven "Geschwisterhierarchie" vertreten haben.

- der große Bruder/ die große Schwester
- der kleine Bruder/ die kleine Schwester
- das Mittelkind
- das schwarze Schaf
- eigene Bezeichnung

2. Haben Ihnen Ihre Eltern und Großeltern das Gefühl gegeben, Ihre Geschwister mehr zu lieben?

	gar nicht	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	sehr oft 100
Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Großeltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weiter

---

1. Haben Ihre Eltern Ihre Interessen und Hobbies gefördert?

gar nicht  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 stets 100

2. Haben Ihre Eltern gemeinsam mit Ihnen Unternehmungen gemacht?

gar nicht  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 stets 100

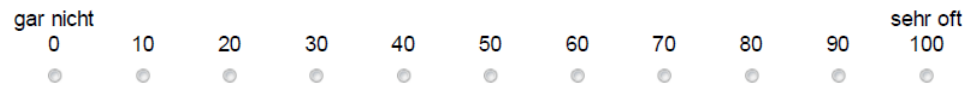
3. Sind Ihre Eltern bei der Gestaltung gemeinsamer Aktivitäten auf Ihre Interessen als Kind/Jugendliche(r) eingegangen?

gar nicht  
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 stets 100

Weiter



6. Wurden Sie als Kind/Jugendliche(r) von Ihren Eltern dafür bestraft, nicht so zu sein, wie Ihre Eltern es sich gewünscht hatten (etwa "falsche" Interessen zu haben, unsportlich zu sein etc.)



Weiter

---

Catharina Obernolte, Medical School Hamburg - 2013

84% ausgefüllt

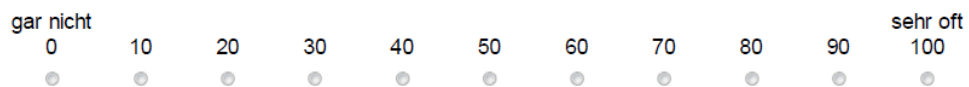


---

1. Wenn Sie als Kind/Jugendliche(r) etwas falsch gemacht haben: Wurde Ihnen daraufhin jedwede Zuwendung und Beachtung von Ihren Eltern verwehrt?



2. Haben Ihre Eltern Sie als Kind/Jugendliche(r) damit bestraft, Ihnen keine Zuwendung und Aufmerksamkeit mehr zu schenken?



3. Wurden Sie als Kind/Jugendliche(r) in allem was Sie taten korrigiert?



4. Hatten Ihre Eltern den Anspruch an Sie, in dem, was Sie als Kind/Jugendliche(r) taten, perfekt zu sein?



Weiter

---

**1. Wie empfinden Sie den Anblick von Personen mit folgenden Attributen:**

	abstoßend										faszinierend
	-50	-40	-30	-20	-10	0	+10	+20	+30	+40	+50
stark übergewichtige Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menschen mit schwarzer Hautfarbe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menschen mit Amputation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menschen mit Down-Syndrom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kleinwüchsige Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menschen mit einem Feuermal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stark tätowierte und gepiercte Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Weiter](#)



---

## Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Für Ihre Mitarbeit und Unterstützung bedanken wir uns recht herzlich bei Ihnen.

Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung: [c.obernalte@hotmail.de](mailto:c.obernalte@hotmail.de)

Fenster schließen

---

Catharina Obernalte, Medical School Hamburg - 2013

## Anhang C

### *Anschreiben an BIID-Gruppe*

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

mein Name ist Catharina Obernolte, Psychologiestudentin im 6. Semester an der Medical School Hamburg. In Zusammenarbeit mit Herrn Professor Dr. Kasten befasse ich mich, im Rahmen meiner Bachelorarbeit, mit dem Phänomen BIID.

Da das Wissen um mögliche Ursachen eine wissenschaftliche Grundlage darstellt, widme ich mich der Untersuchung früher Lebensereignisse.

Die Frage, über die ich mir eine Aufklärung zu den Ursachen von BIID erhoffe, lautet: "**Gibt es Gemeinsamkeiten in der Kindheit und Jugend von BIID-Betroffenen?**".

Ich weiß es sehr zu schätzen, dass Sie und alle anderen, die an der Befragung teilnehmen, bereit sind, mich in meiner Arbeit zu unterstützen. Dafür bedanke mich im Voraus!

Wenn mich bis **Ende Juli** zahlreiche Daten aus ausgefüllten Fragebögen erreichen, kann ich meine Arbeit rechtzeitig einreichen und hoffentlich aufschlussreiche Ergebnisse über die Ursachen von BIID präsentieren.

Folgender Link führt direkt zu meinem anonymen online-Fragebogen:

[https://www.soscisurvey.de/BIID\\_kindheit/?q=ExG&r=biid](https://www.soscisurvey.de/BIID_kindheit/?q=ExG&r=biid)

Mit freundlichen Grüßen  
Catharina Obernolte

## Anhang D

### *Anschreiben an Kontrollpersonen*

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

mein Name ist Catharina Obernolte, Psychologiestudentin im 6. Semester an der Medical School Hamburg. In Kooperation mit Herrn Professor Dr. Kasten beschäftige ich mich im Rahmen meiner Bachelorarbeit mit einem weitestgehend unerforschten Phänomen, dass unter dem Namen *BIID* (*Body Integrity Identity Disorder*) bekannt geworden ist. Das Störungsbild ist mit dem seit der Kindheit oder Jugend bestehenden Wunsch nach einer schwerwiegenden körperlichen Behinderung (z. B. Amputation, Lähmung, Blindheit) verbunden, der bei den Betroffenen großen Leidensdruck auslöst.

Um die geringen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu diesem pathologischen Syndrom zu erweitern und Ansatzpunkte für adäquate Therapiemöglichkeiten zu finden, mit denen das Leiden der betroffenen Personen beendet werden kann, fokussiert meine Untersuchung das Aufdecken möglicher Ursachen von BIID. Dazu widme ich mich der Untersuchung früher Lebensereignisse, die ich anhand eines anonymen online-Fragebogens durchführe.

Die Frage, über die ich mir eine Aufklärung zu den Ursachen von BIID erhoffe, lautet: "**Gibt es Gemeinsamkeiten in der Kindheit und Jugend von BIID-Betroffenen?**".

Sie stellen im Rahmen dieser Forschung die Kontrollpersonen dar. Anhand Ihrer Werte als diejenigen, die *nicht* von BIID betroffen sind, können die Werte der BIID-Gruppe verglichen werden. Erst dieser Vergleich ermöglicht mir Aussagen darüber zu machen, was spezifisch für die Gruppe der von BIID betroffenen gilt und somit als Gemeinsamkeiten der BIID-Betroffenen beurteilt werden kann.

Ihr Mitwirken an dieser Untersuchung ist von äußerster Wichtigkeit, darum weiß ich es sehr zu schätzen, dass Sie und alle anderen, die an der Befragung teilnehmen, bereit sind, mich in meiner Arbeit zu unterstützen. Dafür bedanke mich im Voraus!

Wenn mich bis **Ende Juli** zahlreiche Daten aus ausgefüllten Fragebögen erreichen, kann ich meine Arbeit rechtzeitig einreichen und hoffentlich aufschlussreiche Ergebnisse über die Ursachen von BIID präsentieren.

Folgender Link führt direkt zu meinem anonymen online-Fragebogen:

[https://www.soscisurvey.de/BIID\\_kindheit/?q=KG&r=kontroll](https://www.soscisurvey.de/BIID_kindheit/?q=KG&r=kontroll)

Ich wünsche Ihnen eine schöne Woche.

Mit freundlichen Grüßen  
Catharina Obernolte

# Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle sinngemäß und wörtlich übernommenen Textstellen aus der Literatur bzw. dem Internet habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_